



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة 1

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا



## تحليل علاقات العمل للأطباء من منظور

### المدخل الاستراتيجي

- دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل.م.د في علم الاجتماع تنظيم وعمل

إشراف الأستاذ الدكتور:

محمد خشمون

إعداد الطالبة:

طهيرة عواج

#### لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الدرجة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
حكيم أعراب	أستاذ محاضر - أ-	جامعة باتنة -1-	رئيسا
محمد خشمون	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة -1-	مشرفا ومقررا
نوال زغينة	أستاذ محاضر - أ-	جامعة باتنة -1-	عضوا
سمير قريد	أستاذ محاضر - أ-	جامعة قالمة	عضوا
لطفي دمبيري	أستاذ محاضر - أ-	جامعة أم البواقي	عضوا
صبرينة حديدان	أستاذ محاضر - أ-	جامعة جيجل	عضوا

السنة الجامعية: 2018-2019م

## شكر وعرافان

الحمد لله على نعمه التي لا تعد ولا تحصى

أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف على توجيهاته العلمية القيمة طيلة

مسار البحث الأستاذ الدكتور محمد خشمون

أتقدم بالشكر الجزيل لمن كان سندا لي زوجي عبد العزيز، أولادي عبد الإله

غفران، رزان، على تحملهم عناء البحث معي

كما أتقدم بالشكر الجزيل لكل من قدم لي تسهيلات من أجل إنجاز الدراسة

الميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة وأخص بالذكر المدير الفرعي للتكوين

والتوثيق السيد/ بعيث محمد، مدير النشاطات الطبية وشبه الطبية، الإداريين، الأطباء

رؤساء المصالح التي تمت بها الدراسة أذكر منهم البروفيسور: براهيم سعيدة،

زريزر، أحمد بوقرورة، بن حسين، الطبيبة الأستاذة بن علية حنان،...

الأطباء، الممرضين.

شكرا لصديقتي الصدوقة ريم لونيبي

كما أتقدم بالشكر والعرافان إلى كل من أمدني بالعلم والمعرفة والنصح والتوجيه

أساتذتي الكرام الذين أطروني خلال مسار تعليمي

وأتقدم بخالص شكري للأساتذة الكرام الذين تفضلوا بقبول مناقشة هذا العمل

المتواضع

طهيرة عواج

## فهرس المحتويات:

- 1..... شكر وعرفان
- 2..... فهرس المحتويات
- 6..... مقدمة
- 9..... الفصل الأول: تحديد موضوع الدراسة
- 10..... تمهيد
- 11..... 1- تحديد الإشكالية
- 16..... 2- أسباب اختيار الموضوع
- 18..... 3- أهداف الدراسة
- 19..... 4- أهمية الموضوع
- 20..... 5- تحديد المفاهيم
- 31..... 6- الدراسات السابقة
- 54..... خلاصة
- 55..... الفصل الثاني: الخلفيات النظرية للتحليل الاستراتيجي
- 56..... تمهيد
- 57..... 1- البيروقراطية عند ماكس فيبر
- 62..... 2- الظاهرانية عند إدموند هوسرل
- 65..... 3- البنائية الوظيفية عند تالكوت بارسونز
- 69..... 4- ما بعد البنيوية عند بيير بورديو

- 74.....5- النزعة الفعلية عند ريمون بودون.....
- 79.....6- سوسولوجيا الفعل عند آلان توران.....
- 81.....7- التفاعلية الرمزية عند كولي وميد.....
- 85.....8- الصراع الاجتماعي عند لويس كوزر.....

89.....خلاصة.....

### 90.....الفصل الثالث: التحليل الاستراتيجي عند ميشال كروزييه.....

91.....تمهيد.....

92.....1- ميشال كروزييه وأهم مؤلفاته.....

94.....2- ماهية التحليل الاستراتيجي.....

100.....3- مفاهيم التحليل الاستراتيجي.....

110.....4- مسلمات التحليل الاستراتيجي.....

114.....5- بعض الدراسات التي قام بهام ميشال كروزييه.....

118.....6- قراءة في بعض مؤلفات كروزييه.....

134.....خلاصة.....

### 135.....الفصل الرابع: دراسة سوسيو تاريخية للمستشفى.....

136.....تمهيد.....

137.....1- لمحة تاريخية عن المستشفيات.....

148.....2- خصائص ووظائف المستشفيات.....

153.....3- أنواع المستشفيات.....

157.....4- التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر.....

167.....	5-أنواع المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر ووظائفها.
172.....	خلاصة
173.....	<b>الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية</b>
174.....	تمهيد
175.....	1- مجالات الدراسة
175.....	1-1 المجال المكاني
180.....	2-1 المجال البشري
182.....	3-1 المجال الزمني
183.....	2-منهج الدراسة
183.....	1-2 المنهج
184.....	2-2 عينة الدراسة
185.....	3-2 أدوات جمع البيانات
189.....	خلاصة
190.....	<b>الفصل السادس: تفرغ البيانات وتحليل النتائج</b>
191.....	1-تفرغ وتحليل البيانات
191.....	1-1 المحور الأول: بيانات عامة حول المبحوث
195.....	2-1 المحور الثاني: معلومات حول المنصب
210.....	3-1 المحور الثالث: علاقات العمل داخل الرتبة الواحدة للأطباء
222.....	4-1 المحور الرابع: علاقات العمل بين الأطباء المنتمين لرتب مختلفة
234.....	5-1 المحور الخامس: علاقات العمل بين الأطباء و الممرضين

243.....	6-1 المحور السادس: علاقات العمل بين الأطباء والمسيرين الإداريين.....
255.....	7-1 المحور السابع: علاقات العمل بين الأطباء والمرضى وجمعيات المرضى.....
269.....	2- نتائج الدراسة.....
278.....	3- نتيجة عامة.....
281.....	خاتمة.....
283.....	الببليوغرافيا.....
295.....	الملاحق.....
	ملخص

## مقدمة

يقول المثل أن الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى، هذه العبارة تجسد وبشكل كبير مدى أهمية الصحة لجسم الإنسان، كيف لا والإنسان الذي يتمتع بصحة جيدة يستطيع مزاولته نشاطاته اليومية، والعمل على بلوغ أهدافه بكل أريحية، غير أن التمتع بالصحة الجيدة لا يمكن أن يكون في كل الأوقات أو أن يتوفر عند كل الأفراد.

إن وجود المرض بالموازاة مع وجود الصحة جعل من الإنسان يهتم بمحاربة المرض، وبالتالي ظهرت بوادر الطب في المجتمعات البدائية على شكل أعمال سحر وشعوذة، والذي تطور عبر مختلف الحضارات، ليتبلور في الحضارة الإسلامية، لتعرف بعدها المجتمعات الحديثة تطورا كبيرا في هذا المجال ويرتبط بالتطور العلمي والتكنولوجي، كما أنه أصبح منظما داخل تنظيمات ألا وهي المستشفيات، وتجدر الإشارة إلى أن هذا التطور في المجال الصحي عرفته المجتمعات الغربية، لكن مجتمعات العالم الثالث لا تزال الصحة فيها مريضة وتعاني الكثير من النقائص، سواء على مستوى التسيير أو التكوين لكل الفاعلين بها، أو مستوى الخدمات المقدمة للمريض.

هذه المستشفيات هي كغيرها من التنظيمات تخضع لقوانين وهيراركية، وتقسيم للوظائف والأدوار، لتبلغ أهدافا مسطرة، هذه الأهداف التي يعمل الفاعلون على بلوغها، في ظل الأهداف الفردية لكل فاعل.

ولأنه حين قولنا صحة أو مستشفى تذهب أذهاننا إلى الفاعل الأول المنوط به هذا الدور ألا وهو الطبيب، فقد قامت الدراسة على تحليل علاقات العمل للأطباء داخل المستشفى وتحديد داخل المركز الاستشفائي الجامعي، مستخدمة في ذلك

التحليل الاستراتيجي لمعرفة طبيعة هذه العلاقات التي تربط الطبيب بمختلف الفاعلين، سواء أطباء من مختلف الرتب، ممرضين، مسيرين إداريين، جمعيات المرضى والمرضى وذلك من خلال ستة فصول.

تضمن الفصل الأول وهو فصل تحديد موضوع الدراسة، الإشكالية، الفرضية الرئيسية والفرضيات الفرعية، أسباب اختيار الموضوع، أهداف الدراسة، أهمية الموضوع، تحديد المفاهيم، والدراسات السابقة التي لها صلة بموضوع الدراسة.

أما الفصل الثاني احتوى على النظريات التي أصلت للتحليل الاستراتيجي، البيروقراطية عند ماكس فيبر، البنائية الوظيفية عند تالكوت بارسونز، ما بعد البنيوية عند بيير بورديو، سوسيولوجيا الفعل عند آلان توران، التفاعلية الرمزية عند كولي وميد، الصراع الاجتماعي عند لويس كوزر.

في حين تناول الفصل الثالث التحليل الاستراتيجي عند ميشال كروزيه، من خلال التطرق للتعريف بالمفكر الاجتماعي ميشال كروزيه وأهم مؤلفاته، ماهية التحليل الاستراتيجي، مفاهيم التحليل الاستراتيجي، والتطرق لأهم الدراسات التي قام بهام ميشال كروزيه، وأيضا قراءة في بعض مؤلفاته.

عنون الفصل الرابع بدراسة سوسيولوجية للمستشفى في الجزائر، إذ تناول لمحة تاريخية عن المستشفيات، خصائص ووظائف المستشفيات، أنواع المستشفيات، التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر، وأنواع المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر ووظائفها.

وقد تطرق الفصل الخامس "الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية"، إلى مجالات الدراسة من مجال مكاني، مجال بشري، ومجال زمني، ليتطرق لمنهج الدراسة، المنهج، عينة الدراسة وخصائصها، أدوات جمع البيانات.



أما الفصل السادس فقد عنون بتفريغ البيانات وتحليل النتائج، حيث تم من خلاله تفريغ البيانات التي جمعت من خلال المقابلة والملاحظة بالمشاركة، ومجريات اجتماع الأطباء، وتم تحليلها والتوصل إلى نتائج للدراسة من خلال ذلك.

لتأتي في الأخير خاتمة، وهي خاتمة للجانب الذي قمنا بتسليط الضوء عليه من خلال هذه الدراسة، وفي الحقيقة هي فتح للمجال للقيام بدراسات أعمق لهذا الموضوع وكل الحثيات المنوطة به.

# الفصل الأول

### تمهيد

إن تحديد موضوع الدراسة يعتبر القاعدة الأساسية لبناء البحث، حيث من خلاله تتم تحديد الإشكالية، وإبراز أهمية الموضوع والهدف من الدراسة وكذلك تحديد أهم المفاهيم المتعلقة بها، كذلك التطرق للدراسات السابقة التي تناولت الموضوع أو جانبا من جوانبه، وبالتالي فهي المحدد للمراحل التي يتم بها البحث وكذا لمحتواه.

## 1-تحديد الإشكالية:

عني علم الاجتماع الصناعي منذ نشأته بدراسة التنظيمات الصناعية ومختلف الظواهر المرتبطة به، لتغزو بعد ذلك التنظيمات كل مظاهر الحياة الاجتماعية فلم تقتصر فقط على التنظيمات الصناعية، ليدرك بعد ذلك علماء الاجتماع أنه لا بد من دراسة التنظيمات بمختلف أنواعها ليأتي علم اجتماع التنظيم الذي يهتم بدراسة جميع أشكال التنظيمات، ومن بين هذه التنظيمات، التنظيمات الصحية التي هي بحاجة ماسة إلى تدخل علماء الاجتماع لدراستها والكشف عن مختلف الظواهر المرتبطة بها نظرا لما لهذه التنظيمات من خصوصية كونها ترتبط بجانب حساس جدا في المجتمع ألا وهو صحة أفرادهِ.

يعتبر القطاع الصحي في الجزائر من القطاعات الحساسة، التي لا تزال تعاني من تأخر ملحوظ نتيجة للمشاكل التي لا يزال هذا القطاع يتخبط بها، فالمؤسسة الصحية الجزائرية عموما والمؤسسة الاستشفائية الجامعية تحديدا - وهي مجال دراستنا - تتميز بخصوصيتها نتيجة للمراحل التاريخية التي مرت بها ومختلف السياسات والأساليب التي اتبعت لتسييرها، كون أنها تعتمد على الدولة كليا في تمويلها سواء تعلق ذلك بضمان العلاج المجاني للمواطنين بمختلف فئاتهم الاجتماعية، أو بالنسبة للرواتب والتكوين الطبي وشبه الطبي والإداري، والإقامة وكذا البحث العلمي، ومع هذا لا يزال هناك غياب مجموعة من التخصصات نتيجة لنقص التأطير أو انعدام الأجهزة المتخصصة.

هذا التمويل للمؤسسة العمومية يكلف الدولة ميزانية ضخمة، الأمر الذي طرح على صعيد تسييرها، وكذا طبيعة ومستوى الخدمات المقدمة الكثير من التساؤلات تأجج بموجبها الصراع الذي يستدعي تدخل الأطراف من من داخل المؤسسة

والمتمثلة في النقابات أو من خارجها على غرار الجمعيات الخاصة بالمرضى في توجيهها وتسييرها بالمراقبة والضغط من أجل تأمين الخدمات وتوجيه التسيير، لكن السؤال الذي يطرح نفسه هنا هل فعلا هذه الجمعيات تقوم بهذا الدور الضاغط من أجل تحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض أم هي جمعيات شكلية لا يتعدى دورها تقديم بعض المساعدات للمرضى؟

الملاحظ للمؤسسة الاستشفائية الجامعية الجزائرية يجد أنها تتميز بكون حجمها وضخامة هيكلها التنظيمي، الأمر الذي يولد صعوبة وتعقيدا في التسيير، إذ أننا نجد على مستوى القمة فئتين للتسيير والمتمثلة في قطبين متعارضين من حيث طبيعتهما ومهامهما وأهدافهما، الأول إداري يضم المسيرين الإداريين المتوقعين وراء القواعد والقوانين المنظمة للقطاع والتي تحددها السلطة الوصية والملزومة لضوابط التسيير وطرق التكفل بالعلاج والثاني يتكون من كفاءات فنية مهنية عالية الجودة من الأطباء الممارسين، وفي هذا الصدد يشير مينتزيغ إلى أن هذه التركيبة الهجينة على صعيد القمة الإستراتيجية تطرح على المستوى النظري إشكالات لها علاقة باللعبة السياسية *jeux politiques*.

لا شك أن هذه الصراعات أو بتعبير أدق هذه اللعبة السياسية ليست منحصرة على مستوى القمة فقط وإنما نجد داخل مختلف المصالح وبين مختلف الفئات.

إذا ما أخذنا فئة الأطباء نجد أن هذه الفئة لها لعبة تقوم بها في مختلف شبكات علاقاتها سواء بين الأطباء بمختلف فئاتهم، أو بينهم وبين المرضى، أو بينهم وبين المرضى ... ، فقد تبين أنه "عند دراسة التفاعل بين الأفراد من منظور علم الاجتماع أنه من الملائم تصور هؤلاء الأفراد كممثلين يؤديون أدوارا. وتتعدد الأدوار سواء بالنسبة للفرد أو بالنسبة لأعضاء المجتمع، فمن الممكن أن يكون

الإنسان طبيبا أو ممرضا أو مريضا أو موظف الشؤون الاجتماعية أو عامل النظافة أو مديرا...<sup>1</sup>، خاصة وأن هذه الفئة بدأت تفقد تلك المكانة والتقدير لهذه المهنة داخل المجتمع ليس داخل المجتمع الجزائري فحسب وإنما في مجتمعات العالم كلها، " قبل عشرين عاما كان الأطباء الأمريكيون آلهة في قمصان بيضاء وكقاعدة عامة، كان المرضى يتلقون حكمهم كما لو كان الأمر يتعلق بلوح الوصايا العشر. وكانوا يسيطرون عمليا على مجمل النظام الصحي وكان تأثيرهم السياسي ضخما. أما اليوم، أصبح هؤلاء الأطباء في وضع المحاصرين إذ تجرأ المرضى على مناقشتهم وباتوا يقاضونهم إذا ما ارتكبوا أخطاء مهنية، كما تطالب الممرضات بالاحترام والاعتراف بمسؤولياتهم وأصبحت شركات الأدوية تظهر قدرا أقل من الاحترام وغدت السيطرة على النظام الصحي بين أيدي شركات التأمين و تجمعات الرعاية، والدولة"<sup>2</sup>

إن علاقات العمل للأطباء تحمل الكثير من التناقضات، فمن ناحية فإن هذا الطبيب هو كائن اجتماعي له أهدافه وحاجاته التي يسعى إلى تحقيقها ( سلم ماسلو للحاجات)، ومن ناحية ثانية تعامله مع مختلف الفئات المتواجدة داخل المستشفى وخارجها، وفي مقابل كل هذا هناك صحة و حياة إنسان يُعتبر مسؤولا أمام القانون وأمام ضميره عنها.

<sup>1</sup> محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط4، عمان الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2015، ص 255.

<sup>2</sup> ألفين توفلر. تحول السلطة - المعرفة والثروة والعنف على أعتاب القرن الحادي والعشرين - ترجمة لبنى الريدي، الجزء الأول، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1995، ص 20.

إن تشعب علاقات العمل للطبيب داخل المستشفى، وكونه إنسان يسعى إلى تحقيق أهدافه، في ظل خصوصية المهنة التي يقوم بها تدفعنا لطرح مجموعة من التساؤلات.

### التساؤل الرئيسي:

ماهي مختلف الاستراتيجيات التي يبنها الطبيب داخل المستشفى الجامعي من أجل بلوغ أهدافه في ظل الثلاثية أهداف شخصية/ أهداف تنظيمية/ رسالة إنسانية يؤديها؟

### التساؤلات الفرعية:

- ما هي الاستراتيجيات التي تبنى خلال علاقة العمل داخل الرتبة الواحدة للأطباء؟
- ما هي الاستراتيجيات التي تبنى خلال علاقة العمل بين الأطباء من رتب مختلفة؟
- ما هي الاستراتيجيات التي تبنى خلال علاقة العمل بين الطبيب والممرض؟
- ما هي الاستراتيجيات التي تبنى خلال علاقة العمل بين الطبيب والمريض؟
- ما هي الاستراتيجيات التي تبنى خلال علاقة العمل بين الطبيب والمسيرين الإداريين؟

للإجابة المؤقتة عن هذه التساؤلات، نضع فرضية رئيسية لتتفرع منها مجموعة من الفرضيات الفرعية.

### الفرضية الرئيسية:

- توجد خصوصية في بناء الطبيب لاستراتيجياته داخل المستشفى وفقا للثنائية صديق / عدو وذلك وفقا للثلاثية أهداف شخصية / أهداف تنظيمية / رسالة إنسانية.

#### الفرضيات الفرعية:

- تبنى علاقات عمل الأطباء المنتمين لنفس الرتبة وفقا لإستراتيجية التنافس.
- تبنى علاقات عمل الأطباء المنتمين لرتب مختلفة وفقا لإستراتيجية التسلط والصراع.
- تبنى علاقة العمل طبيب/ ممرض وفقا لإستراتيجية الصراع.
- يوجد نزاع حول اتخاذ القرارات بين الأطباء والمسيرين الإداريين.
- تطغى على العلاقة طبيب/ مريض علاقة إنسانية.



## 2- أسباب اختيار الموضوع:

إن اختيارنا لدراسة علاقات العمل للأطباء داخل المستشفى الجامعي لم يأت بمحض الصدفة، إذ كانت الدراسة في البداية تسعى لدراسة علاقات العمل داخل المؤسسة بكاملها عبر مختلف الفئات العمالية ومختلف المستويات الإدارية، لكن بعد القراءات التي قمنا بها وإجرائنا للدراسة الاستطلاعية، تبيننا أن لفئة الأطباء الكثير من الخصوصيات، كونها من جهة بالنسبة للسلم الاجتماعي تعتبر من نخبة المجتمع، والواقع يبين أن هذه الفئة تتميز بخصوصية في علاقاتها داخل وخارج التنظيم، والتي تؤثر لا محالة على واقع المستشفى بصفة خاصة، وواقع القطاع الصحي بصفة عامة، فهذا الطبيب - مهما تكن الفئة التي ينتمي إليها سواء أكان طبيبا مختصا، أم عاما ، أو مقيما، فهو يقوم بمهنة لها علاقة بالقيم الإنسانية بالدرجة الأولى، إلى جانب كون هذا الطبيب هو إنسان يسعى لتحقيق طموحه، وأهدافه، هذا في بيئة يتواجد بها فئات مختلفة أخرى فئة الممرضين، فئة المسيرين الإداريين، جمعيات المرضى،..... هذا ما يجعله في علاقات مع مختلف هذه الفئات، التساؤل الذي يطرح نفسه هو كيف يبني هذا الطبيب علاقاته وفقا للثنائية التي أتى بهام ميشال كروزيه صديق/ عدو، من أجل أداء مهامه، ومن أجل الوصول لأهدافه؟

هذا إلى جانب العديد من الأسباب والمتمثلة في:

- يعتبر المستشفى الجامعي تنظيما، وبالتالي فإن دراسته تعتبر من اختصاص علم الاجتماع تنظيم وعمل.
- تطبيقنا لمقاربة التحليل الاستراتيجي لميشال كروزيه في دراسة التخرج الخاصة بالماستر، وإدراكنا أنها لا تزال بحاجة إلى دراسة أعمق وتطبيق

أكثر من أجل فهمها، ومعرفة كيفية تطبيقها، ومدى الاستفادة منها في دراسة التنظيمات الجزائرية التي تتميز بخصوصيتها التاريخية والثقافية.

- قلة الدراسات المرتبطة بعلاقات العمل في الجانب السوسولوجي، لأن جل الدراسات التي غطت هذا الموضوع كانت قانونية أكثر.
- المستشفى الجزائرية مجالاً خصباً لإجراء مختلف البحوث السوسولوجية، وبالتالي كان لدينا فضول لدراسة هذا النوع من التنظيمات.

3- أهداف الدراسة:

- عند اختيار موضوع الدراسة كان الهدف من ذلك:
- تطبيق مقارنة التحليل الاستراتيجي التي أتى بها ميشال كروزيه، لكن مع مراعاة خصوصية التنظيم الجزائري وتكييفها وفقا لذلك.
  - يهدف هذا النوع من الدراسة إلى الإصغاء، والكشف عن واقع علاقات العمل للأطباء.
  - معرفة كيفية توزيع السلطة للأطباء من خلال علاقات عملهم، ولا نقصد هنا السلطة القانونية، وإنما السلطة كما عرفها علماء الاجتماع.
  - استخراج الثنائيات صديق/ عدو داخل مختلف العلاقات.
  - معرفة نسق الفعل الملموس للأطباء.
  - التوصل إلى تسليط الضوء على بعض المشاكل التي يعاني منها المستشفى الجامعي، خاصة وأنه يشهد العديد من المشاكل ما نجم عنه الكثير من الإضرابات المتكررة.
  - إبراز أهمية دراسة المستشفيات من قبل علم اجتماع التنظيم، وكذا إبراز أهمية فتح فرع علم الاجتماع الطبي من أجل التخصص أكثر على مستوى جامعاتنا، هذا الفرع الذي عرف تطورا كبيرا في المجتمعات الغربية.

#### 4- أهمية الموضوع:

تكمن أهمية هذه الدراسة في:

- استخدام التحليل الاستراتيجي في دراسة علاقات العمل يمكننا من التعمق في حيثيات هذه العلاقات.
- إثراء الموضوع علميا وعمليا من ناحية معالجته، وعمليا من ناحية التوصل إلى نتائج تهدف إلى خدمة المؤسسة الجزائرية بصفة عامة والمستشفى بصفة خاصة.
- ارتباط علاقات عمل الأطباء بواقع الحياة الاجتماعية داخل المستشفى الجامعي وتأثير هذا الواقع على مختلف الجوانب داخل المستشفى.
- خصوصية التنظيم الذي اخترناه وهو المستشفى الجامعي الذي يتعامل مع عدة متناقضات الأهداف التنظيمية - والتي هي الأخرى مقسمة بين تنظيمين أحدهما يتمثل في الجامعة والتي هي خاضعة لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي، والآخر يتمثل في وزارة الصحة- الأهداف الفردية، حساسية الخدمة المقدمة، إذ أنه مؤسس للحفاظ على صحة وحياة الأفراد.

## 5- تحديد المفاهيم:

يقول الكاتب والفيلسوف الفرنسي فرانسوا ماري آروويه ( الملقب بفولتير): " قبل أن نتحدث معي حدد مصطلحاتك"<sup>1</sup> من هذه المقولة نتبين أهمية تحديد المصطلحات إذ لكل مصطلح معنى ودلالة، ويشير فضيل دليو أن " المفهوم أو المصطلح (concept) ليس هو الكلمة أو الرمز بل هو مضمونها أو دلالتها اللفظية مصاغة في شكل من التعميم والتمييز الخاصين"<sup>2</sup> وبالتالي فإن المفهوم هو عبارة عن جمع بين اللفظ ومضمونه، كما أن لكل علم مصطلحات يستخدمها في دراسة الظواهر، فالمفهوم: "مصطلح يستخدمه أصحاب العلم الواحد والمشتغلين به لوصف ظاهرة معينة يتعامل معها هذا العلم مما يساعد على سهولة التفاهم والتواصل بينهم ومنع الخلط والتضارب، وذلك لما تتصف به المفاهيم من دقة وتحديد"<sup>3</sup>، كما أن تحديد المفاهيم يمكننا من الانتقال بها من المجرد أي من أنها أفكار إلى الملموس من خلال تعريفها الإجرائي الذي يعبر عن هذه المفاهيم في الواقع.

لذلك إرتأينا في هذه الدراسة إلى تحديد مجموعة من المفاهيم التي لها علاقة مباشرة بالموضوع، ألا وهي:

المؤسسة الاستشفائية الجامعية

الطبيب

<sup>1</sup> إبراهيم ابراش ، علم الاجتماع السياسي، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع ، 1998، ص 272.

<sup>2</sup> فضيل دليو، أسس البحث وتقنياته في العلوم الاجتماعية - 130 سؤالا وجوابا - . الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية المطبعة الجهوية قسنطينة. دون سنة نشر، ص 30.

<sup>3</sup> جلال الدين عبد الخالق، طريقة العمل مع الحالات الفردية ( خدمة الفرد) نظريات وتطبيقات، ط1، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، 2009، ص 06.

## علاقات العمل

## أ- مفهوم المؤسسة الاستشفائية الجامعية:

إذا ما عدنا لتاريخ المؤسسة الاستشفائية\* عبر التاريخ نجد أنها كانت موجودة منذ الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث كانت في شكل "معابد خصصت لرعاية المرضى وللعيادة في وقت واحد، وكان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه معابد الشفاء في مصر سنة 600 قبل الميلاد، وقد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها اسم السيكيستا أي معابد الشفاء، وفي مطلع الديانة المسيحية بنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمسنين.<sup>1</sup>

أما في المؤلفات العربية التراثية فقد عرفت المستشفى باسم "البيمارستانات" والبيمارستان كلمة فارسية مؤلفة من كلمتين "بيمار" وتعني مريض أو عليل أو مصاب، و "ستان" ومعناها "دار" ولذلك فهي ككلمة تعني "دار المرضى" ومع مرور الوقت وكثرة تداول كلمة بيمارستان واستعمالها أصبحت تختصر وتلفظ "مارستان"<sup>2</sup>، وبذلك فإن المؤسسة الاستشفائية ليست وليدة المجتمعات الحديثة كما هو الشأن بالنسبة لباقي التنظيمات التي ارتبط ظهورها وانتشارها بانتشار الثورة الصناعية، وإنما هي قديمة قدم الحضارة الإنسانية، وتطورت عبر العصور لتصبح: "كيان اجتماعي يقام بطريقة مقصودة وموجهة نحو تحقيق أهداف محددة له سلفا

\* سوف نتطرق إلى المستشفيات عبر مختلف الحضارات بالتفصيل في الفصل الرابع.

<sup>1</sup> حسان محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، السعودية، معهد الإدارة العامة، 1990، ص 19.

<sup>2</sup> عبد الكريم شحادة، الكتاب الطبي الجامعي - صفحات من تاريخ التراث الطبي العربي الإسلامي - بيروت، أكاديميا للنشر والطباعة، 2005، ص 157.

ويتخذ طابعا بنائيا كما يستعين بمجموعة من العمليات التي تلائم تحقيق هذه الأهداف. ويتضمن هذا الكيان عناصر تدعم توازنه وتكامله واستقراره لكي يتمكن من أداء وظائفه وعناصر أخرى تثير التعارض والصراع بين أنظمتها الجزئية المختلفة.<sup>1</sup> ينظر هذا التعريف إلى المستشفى نظرة بنائية وظيفية، بحيث أن هذا الكيان الاجتماعي يحافظ على توازنه واستقراره، لكن في الحقيقة أنه لا يخلو من الصراعات المختلفة سواء كانت داخلية بين مختلف عناصره، أو خارجية باعتباره نسقا مفتوحا.

تعتبر المستشفى " مكان لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم "<sup>2</sup> أي أن المستشفى لا تقدم فقط خدمات علاجية مثل المستوصف أو العيادات المتعددة الخدمات، وإنما تتكفل بالإيواء حتى يتم الشفاء أي أنها تقوم بوظيفة قريبة من وظيفة الفندقية من استقبال وتقديم الطعام... هذا من ناحية ومن ناحية أخرى تسهر المؤسسة الاستشفائية على تقديم هذه الخدمات عن طريق مجموعة من الموظفين والعمال وبالتالي هي " عبارة عن مجموعة من التخصصات والمهارات والمهن الطبية وغير الطبية ومجموعة من الخدمات والأدوية والمواد التي تنظم أسلوب تقديم الخدمات الصحية العلاجية والوقائية للمرضى الحاليين والمرقبين وإشباع حاجاتهم"<sup>3</sup> لكن مع التطور الذي شهدته المستشفيات لم تعد تشتمل فقط على تقديم العلاج، إذ أنها تضم بين ثناياها العديد من الخدمات " الوقائية والتعليمية والتدريبية

<sup>1</sup> مهدي لعموري، "نزاعات العمل في المؤسسة الصحية الجزائرية: دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد عناية". مجلة التواصل في العلوم الانسانية والاجتماعية. عدد 47، سبتمبر 2016، ص 57.

<sup>2</sup> طلال بن عايد الأحمد، التنظيم في المنظمات الصحية، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة مركز البحوث، 2011، ص 170.

<sup>3</sup> فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، ط، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2007، ص 157.

والبحثية والاجتماعية أصبح المستشفى يشبه في بعض الأمور المشروع التجاري ( وخاصة المستشفيات الخاصة) من ناحية توافر الأنشطة الإدارية المترتبة على تقديم الرعاية الصحية ( بغض النظر عن مسألة تحقيق الربح من عدمه) مثل وجود أقسام أو إدارات للشؤون المالية، والأفراد والعلاقات العامة، والتسويق، والشراء والتخزين وغيرها. كما قد يتشابه مع المصانع في أمور مثل وجود ورش للصيانة، والمغاسل المركزية، والتعقيم المركزي، ومحطات القوى الكهربائية ( اللازمة لتشغيل جميع مرافق المستشفى والتي بدونها لا يمكن ضمان عمل المستشفى طيلة الوقت) والمطابخ للعاملين والمرضى<sup>1</sup> هذا التنوع في العمليات المتواجدة داخل المستشفى يستدعي لا محالة وجود يد عاملة مؤهلة ليست لها علاقة بالجانب الطبي والتمريض للقيام بهذه الوظائف، فالمستشفى وكما أشرنا إليه سابقا هي كيان اجتماعي يضم "مجموعة من الممثلون كالتبيب والمرضة والمريض والمحاسب والكاتب وعاملة التليفون وغيرها. كما أنه من المنطقي تحليل سلوك كل ممثل كمحصلة للبيئة والشخصية والنظام الصحي. ولكن هناك عديد من الظواهر السلوكية الفسيولوجية والعقلية وغيرها من حياة أو موت تظهر بالمستشفى بالإضافة إلى أن الأهداف وإن كانت مركبة في المستشفيات ويصعب قياسها كميًا إلا أنه يمكن تحقيقها على المستوى الطبي والصحي والإنساني إن لم يكن من الحكمة تحقيقها على مستوى التكلفة والمكاسب."<sup>2</sup>

<sup>1</sup> طلال بن عايد الأحمد، مرجع سبق ذكره، ص 171.

<sup>2</sup> فريد النجار، مرجع سبق ذكره، ص 396.



وإذا ما عدنا إلى القانون الجزائري نجد أنه عرف المركز الاستشفائي الجامعي بأنه " مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يتم إحداثه عن طريق مرسوم تنفيذي باقتراح مشترك من وزير الصحة ووزير التعليم العالي والبحث العلمي. يخضع هذا المركز إلى الوصاية الإدارية لوزير الصحة والوصاية البيداغوجية لوزير التعليم العالي"<sup>1</sup>

#### ب- مفهوم الطبيب:

قبل التطرق لمفهوم الطبيب سوف نعرض على مفهوم الطب الذي هو باللاتينية art medicina أي فن العلاج فهو " العلم الذي يجمع خبرات الإنسانية في الاهتمام بالإنسان، وما يعتريه من اعتلال وأمراض وإصابات تتال من بدنه أو نفسيته أو المحيط الذي يعيش فيه، ويحاول إيجاد العلاج بشقيه الدوائي والجراحي وإجرائه على المريض"<sup>2</sup>

الطب قديم قدم البشرية فقد كان في بداياته مرتبطا بالسحر والدجل الذي كان يمارسه كهنة المعابد، ليتطور مع حضارة بلاد الرافدين والحضارة الفرعونية ( التحنيط)، والحضارة الصينية ( الوخز بالإبر)، إلى أن أتت الحضارة اليونانية فكان لظهور أبقراط فضلا كبيرا في ترسيخ أخلاقيات هذه المهنة، لتأتي بعد ذلك الحضارة الإسلامية ليبرز من خلالها ابن سينا ( أول من أعطى الدواء عبر الحقن)، ابن النفيس ( مكتشف الدورة الدموية الصغرى) والرازي الذي ألف كتابه الشهير "الحاوي في الطب"، الذي كان يضم كل المعارف الطبية منذ أيام الإغريق حتى عام 925م وظل المرجع الطبي الرئيسي في أوروبا لمدة 400 عام بعد ذلك

<sup>1</sup>المادة 1 من المرسوم التنفيذي 467/97 المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.

<sup>2</sup>عز الدين حروري، المسؤولية المدنية للطبيب أخصائي الجراحة في القانون الجزائري والقانون المقارن، الجزائر، دار هومة للنشر والتوزيع، 2008، ص 25.

التاريخ، وقد كانت أعمال هؤلاء العلماء بمثابة القاعدة التي انطلق منها التطور الطبي الكبير في أوروبا خاصة بعد عصر النهضة الأوروبية والذي لا يزال يشهد تطورات واكتشافات جديدة إلى غاية يومنا هذا.

وتعتبر مهنة الطب من المهن التي تحتاج إلى دراسة جدية ومعقدة فهي "من الدراسات الشاقة التي تحتاج إلى جهد متواصل ووقت طويل وقدرات ذهنية وشخصية مناسبة"<sup>1</sup>

حسب الدكتور محمود نجيب الحسيني فإن مهنة الطب تعني: "ذلك النشاط الذي يتفق في كفيته وظروف مباشرته مع القواعد المقررة في علم الطب، ويتجه في ذاته، أي وفق المجرى العادي للأمر إلى شفاء المريض، والأصل في العمل الطبي أن يكون علاجياً، أي يستهدف التخلص من المرض أو تخفيف حدته، أو مجرد تخفيف آلامه، ولكن يعد كذلك من الأعمال الطبية ما يستهدف الكشف عن أسباب سوء الصحة أو مجرد الوقاية من المرض"<sup>2</sup>

مهنة الطب هي ذلك النشاط الذي يتم مزاولته بعد مدة زمنية من الدراسات والحصول على شهادة وترخيص يسمح بذلك، يقوم هذا النشاط على تقديم العلاج للمريض من أجل شفائه أو التقليل من حدة المرض، ويشمل أيضاً القيام بدراسات للكشف عن مصادر الأمراض وأسبابها لتقديم كيفية الوقاية منها.

أما الطبيب هو "الشخص الذي يلجأ إليه المريض لكي يساعده في علاج حالته المرضية مستعيناً في ذلك بالوسائل العلمية الطبية"<sup>3</sup> فتشخيص المرض لا يكون عشوائياً أو بمجرد السماع لشكوى المريض وإنما يتطلب الاستعانة بالوسائل الطبية التي تساعد على التشخيص الصحيح، وفي تحليله لصورة مهنة الطبيب

<sup>1</sup>أيمن مزاهرة وآخرون، علم اجتماع الصحة، ط1، عمان الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2002، ص 107.

<sup>2</sup>سمير عبد السمیع الأودن، مسؤولية الطبيب الجراح وطبيب التخدير ومساعدتهم مننيا وجنانيا وتأديبيا، الاسكندرية، المعارف، 2004، ص 12.

<sup>3</sup>أيمن مزاهرة وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 107.

أشار عالم الاجتماع الأمريكي تالكوت بارسونز " أنه لكي يؤدي الطبيب مهمته بفعالية ونجاح فإن عليه أن يقدم نفسه بطريقة خاصة، وأن تقوم تصرفاته على أساس العمومية والخصوصية الوظيفية والحياد خاصة وأن تقوم تصرفاته على أساس العمومية والخصوصية والوظيفية والحياد الوجداني. بعبارة أخرى فإن الأطباء لابد أن يعتمدوا على معايير مقبولة بصفة عامة، أكبر من اعتمادهم على معايير خاصة، وأن يحرصوا عملهم في حدود كفاءتهم التكنيكية، وأن يعملوا بموضوعية دون تورط عاطفي، وأخيرا فإنهم لا بد أن يضعوا مصالح المريض قبل مصالحهم. وبتعريف دور الطبيب بهذه الطريقة أمكن التغلب على، والتقليل إلى الحد الأدنى من المقاومات التي من الجائز لولا أن تكون مدمرة لإمكانية القيام بالعمل على الإطلاق"<sup>1</sup>

فالطبيب إذن هو من درس مهنة الطب وتحصل على شهادة، ومارسها من خلال الترخيص له بذلك، حيث يقوم بمعاينة المرضى ووصف العلاج لهم، كما أن الطبيب في بدايته يمارس هذه المهنة كطبيب عام، ثم إذا نجح في مسابقة ( والتي يتقدم إليها لكي يصبح مختصا) يصبح طبيبا مقيما ( يجمع بين مواصلة التعليم" يأخذ صفة الطالب" وممارسة مهنة الطب) ليصبح بعد ذلك طبيبا مختصا في مجال معين من مجالات الطب.

وبالتالي فإن الطبيب يمكن أن يكون منتما إلى:

ب1- سلك الممارسين الطبيين العاميين ويضم هذا السلك فئة الأطباء العاميين في الصحة العمومية، وفئة الصيادلة العاميين، و كذا جراحي الأسنان العاميين، بالإضافة إلى ذلك كل من المترشحين و المرسمين<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط4، عمان الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2015، ص 286.

<sup>2</sup> انظر المادة 01 من المرسوم التنفيذي 393-09 المؤرخ في 2009/11/29.

ب2- سلك الممارسين الطبيين المتخصصين حيث يضم هذا السلك كل من رتبة ممارس متخصص مساعد، رتبة متخصص رئيسي، رتبة ممارس متخصص رئيس . وتتمثل مهام الممارسين الطبيين المتخصصين أساسا في القيام بعمليات التشخيص، والمعالجة، والمراقبة، والبحث في مجال العلاج، و الوقاية، و إعادة التأهيل، الكشف الوظيفي، و البحث المخبري، والخبرات الطبية والدوائية، بالإضافة إلى المشاركة في تكوين مستخدمي الصحة<sup>1</sup>.

ب3- سلك الأطباء المتخصصين الاستشفائيين الجامعيين: وهم يقومون بصفة متلازمة بالعلاج وبمهام التعليم والبحث في العلوم الطبية، كما يؤدي هؤلاء مهامهم على مستوى الهياكل الاستشفائية الجامعية، وفي معاهد العلوم الطبية، وفي مراكز البحث في العلوم الطبية.<sup>2</sup>

### ج- مفهوم علاقات العمل:

قبل التطرق لمفهوم علاقات العمل في التراث السوسيولوجي، لا بأس أن نخرج على هذا المفهوم من منظور المشرع الجزائري، وبداية نتطرق إلى نظرة المشرع للعامل والذي يعتبره " يعتبر عمالا أجراء، في مفهوم هذا القانون كل الأشخاص الذين يؤدون عملا يدويا أو فكريا مقابل مرتب، في إطار التنظيم، ولحساب شخص آخر طبيعي أو معنوي عمومي أو خاص، يدعى المستخدم"<sup>3</sup>

فمفهوم العامل في هذه المادة شمل كل الأفراد الذين يؤدون مجهودا فكريا أو عضليا بمقابل مادي يدفعه المستخدم الذي يمكن أن يكون في القطاع الخاص أو العام كما يمكن أن يكون فردا أو مؤسسة، أي أنه لم يستثني أي نوع من الأعمال أو

<sup>1</sup> انظر المادة 01 من المرسوم التنفيذي 343-09 المؤرخ في 2009/11/29.

<sup>2</sup> انظر المرسوم التنفيذي رقم 91-471 المعدل والمتمم والمتضمن القانون الأساسي الخاص بالأطباء المتخصصين الاستشفائيين الجامعيين المؤرخ في 1991/12/07.

<sup>3</sup> المادة 2، الجريدة الرسمية العدد 17 صادرة بتاريخ 25 أبريل 1990.

أي قطاع\*، كما أنه أكد على أن هذا العمل يكون في إطار التنظيم، أي لا يخضع للعشوائية.

أما علاقة العمل " تنشأ علاقة العمل بعقد كتابي أو غير كتابي وتقوم هذه العلاقة، على أية حال بمجرد العمل لحساب مستخدم ما. وتنشأ عنها حقوق المعنيين وواجباتهم وفق ما يحدده التشريع والتنظيم والاتفاقيات أو الاتفاقيات الجماعية وعقد العمل.<sup>1</sup>

تتصدر علاقة العمل وفقا للقانون في عقد العمل المبرم بين الطرفين عامل/مستخدم الذي يلزمهما بمجموعة من الحقوق والواجبات.

لكن وبالعودة إلى التراث السوسيولوجي نجد أن علماء الاجتماع قد تجاوزوا هذا الحصر القانوني لعلاقة العمل، فكانت نظرتهم أكثر ميدانية إذ اعتبروها كغيرها من العلاقات الاجتماعية التي تنشأ بين الأفراد، فقد درسوا العلاقات الاستبدادية التي نشأت مع ظهور الرأسمالية بين الطبقة الرأسمالية وطبقة العمال وهذا ما نستشفه من خلال دراسات كارل ماركس، كما أن إلتون مايو درس العلاقات الإنسانية التي تنشأ بين العمال داخل التنظيم من خلال مدرسة العلاقات الإنسانية، وميشال كروزيه درس هذه العلاقات من خلال بناء الثنائيات صديق/عدو التي تبنى من أجل تحقيق الأهداف... فقد تعددت زوايا الطرح والتفسير حول هذا المفهوم تماما كما تباينت وجهات النظر حول مدلول المصطلح إذ أطلق عليها البعض مصطلح علاقات الإنتاج، ودرست أيضا تحت مصطلح علاقات العمل، والبعض الآخر أطلق عليها مصطلح العلاقات الصناعية فيعرفها علي غربي بأنها: " تشمل كل

\* باستثناء بعض القطاعات التي خصها القانون بالتحديد انظر قانون العمل الجريدة الرسمية العدد 17 صادر بتاريخ 25 أبريل 1990.

<sup>1</sup> المادة 8، الجريدة الرسمية العدد 17 صادرة بتاريخ 25 أبريل 1990

العلاقات التي تنشأ بين جميع الفئات داخل المصنع للتأثير المتبادل بين المصنع والمجتمع الذي يوجد فيه"<sup>1</sup> فقد حدد علي غربي هذه العلاقات في كونها تحدث داخل المصنع، واتجه باحثين آخريين في مجال علم الاجتماع التنظيم والعمل تحديداً إلى استخدام مصطلح العلاقات الإنسانية، حسب لنا بوقومولوا أن "علاقات العمل تكون مستعملة بشكل أساسي لتصنيف العلاقات المحددة في العقود الجماعية أو بواسطة تشريع الدولة بينما مصطلح العلاقات الإنسانية تكون معينة بالعوامل الأخلاقية والنفسية بدلا من العوامل القانونية."<sup>2</sup>

غير أنه ورغم اختلاف هذه التسميات "أو بتعبير أكثر علمية هذه المصطلحات في كونها تحاول تفسير علاقة ما ترتبط بطبيعة نشاط يمارس، إلا أنها تشترك في كونها تعبر عن ارتباط طرفين أساسيين في علاقة ثنائية يمثل المأجورين طرفها الأول ويمثل أصحاب العمل طرفها الثاني سواء كان قطاعا خاصا أو قطاعا عاما"<sup>3</sup> لكن هذا لايعني بالضرورة حصر هذه العلاقة في أنها علاقة ثنائية بين المأجور وصاحب العمل، فعلاقات العمل تتعدى ذلك كما يعرفها أحمد زكي بدوي: "علاقات العمل تنشأ وتتمو بسبب الاستخدام والتي تشمل تبعا لذلك العلاقات بين العمال وبعضهم البعض وبينهم وبين رؤسائهم أو مديريهم، كما تشمل بمعناها الواسع العلاقات بين إدارات المنشآت، ونقابات العمال، وبين أصحاب العمل، والهيئات والحكومة"<sup>4</sup>

<sup>1</sup>منية غريب، علاقات العمل والتعلم الثقافي بالمؤسسة الصناعية الجزائرية دراسة ميدانية بمركب أسميذال عنابة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع جامعة منتوري قسنطينة 2006/2007، ص ص 19، 20.

<sup>2</sup>نفس المرجع، ص 20.

<sup>3</sup>رفيق قروي، "في سوسيولوجيا علاقات العمل"، سطييف، مجلة الأداب والعلوم الاجتماعية، العدد 15، 2012/07/01، ص 202.

<sup>4</sup>أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان، 1978، ص 238.

يذهب Bateson إلى أن " العلاقات هي تبادل للرسائل. يحافظ المتفاعلون على الحدود الشخصية عندما يستجيبون للآخرين."<sup>1</sup>

إذا ما عدنا للمفكر ميشال كروزيه نجد أنه يربط علاقات العمل بالثقافة إذ يعتبر أن الثقافة " بمثابة كفاءة. وهي تركز القابلية النفسانية للأفراد على تحمل نمط معين من العلاقات ضمن حدود معينة، وبخاصة علاقات النقد المفتوح، فإزاء حالة معينة من الثقافة، يطابقها نمو أكبر أو أصغر لهكذا قابلية"<sup>2</sup>

فالثقافة تعتبر موجهة لسلوك الأفراد ومن ثمة لعلاقاتهم " إنها تزود الفاعلين بمرجعية تمكنهم من إعطاء أهمية للعالم الذي يحيون فيه ولأفعالهم ذاتها. إنها تشير، ترتب، تميز، تربط، تنظم"<sup>3</sup>

علاقات العمل بصفة عامة تنطبق على العلاقة الإكلينيكية " ما يعد حقيقيا وصحيا بصفة عامة ينطبق على العلاقات الإكلينيكية. تتبع العلاقات الإكلينيكية من التفاعل، وتطور أنماط وقواعد، ويقيدها السياق والهدف."<sup>4</sup>

يمكن القول أن علاقات العمل لا تنحصر في العلاقة القانونية بين العامل وصاحب العمل بل تتعدى ذلك إلى جميع العلاقات التي تنشأ داخل التنظيم بين مختلف الفئات سواء في إطارها الرسمي أو غير رسمي، أو في اتجاهها العمودي أو الأفقي، لتتجاوز ذلك إلى العلاقة مع المحيط باعتبار التنظيم نسفا مفتوحا ينسج علاقات مع مختلف الفاعلين الاجتماعيين.

<sup>1</sup> عدلي محمود السمري، رولا عودة السوالقة، علم الاجتماع الاكلينيكي - المجالات، المستويات، الأدوات، المداخل - ط 01، عمان الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2015، ص 75.

<sup>2</sup> فيليب ديريبارن، منسق الشرف - إدارة المؤسسات والتقاليد الوطنية - ترجمة موسى زواوي، ط1، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع، 2015، ص IV.

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص VI.

<sup>4</sup> عدلي محمود السمري، مرجع سبق ذكره، ص 76.

6- الدراسات السابقة:

يرى سعد بشاينية أن الدراسات السابقة لها وظيفتين<sup>1</sup>:

- وظيفة توجيهية من خلال المسار الذي اتبعته تلك البحوث في تحريها للحقيقة ومعالجتها للقضايا وكيفية تفسيرها لها وملائمة تلك الوسائل مع القضايا التي نعالجها ونفسرها.

- وظيفة بنائية إذ نحاول تقريب بناء بحثنا بقدر الإمكان من البناء الذي اتبعته تلك الأبحاث وربطها للمجالين النظري و الميداني

لكن لا يمكن أن نأخذ دائما بالبنائية في وظائف الدراسات السابقة إذ يمكن أن يكون اطلعنا عليها، يفتح لنا المجال بضرورة دراسة موضوعنا بطريقة مختلفة عن تلك التي قامت عليها هذه الدراسات، وبإتباع مناهج أخرى أكثر ملاءمة.

لقد حاولنا من خلال التطرق للدراسات السابقة إبراز الدراسات الأقرب لموضوع دراسة الأطروحة التي تتمثل في تحليل علاقات العمل للأطباء من منظور المدخل الاستراتيجي، وتجدر الإشارة إلى أن دراسة علاقات العمل داخل المستشفيات قليلة جدا، خاصة تلك المتعلقة بفئة بعينها ألا وهي الأطباء، وبذلك فقد تطرقنا للدراسات التي ركزت على علاقات العمل بصفة عامة، و للدراسة التي هي عبارة عن مقال حول النزاع في المؤسسة الصحية، إضافة إلى الدراسة الوحيدة التي استخدمت التحليل الاستراتيجي لميشال كروزيه وهي عبارة عن رسالة تخرج ماجستير.

<sup>1</sup> سعد بشاينية، تنظيم القوى العاملة بالمؤسسات العامة الصناعية الجزائرية، رسالة دكتوراه دولة منشورة، معهد علم الاجتماع. جامعة قسنطينة. 1994-1995، ص 75.



الدراسة الأولى:

عنوان الدراسة " إشكالية الصدق الإمبريقي لأطروحات ميشال كروزيه - دراسة ميدانية بمؤسسة نافطال بسكيكدة " وهي عبارة عن أطروحة ماجستير في تنمية الموارد البشرية جامعة منتوري قسنطينة كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية قسم علم الاجتماع والديموغرافيا من إعداد رواج وهيبة السنة الجامعية 2008/2007.

أ/ مشكلة البحث:

طرحت إشكالية البحث تساولين إشكاليين ألا وهما:

- هل أن إسقاط أطروحات عالم الاجتماع الفرنسي ميشال كروزيه على المؤسسة الجزائرية، سيؤدي إلى نفس النتائج والتحليلات الإمبريقية المتوصل إليها في البيئة الأصلية؟
- هل تتمتع الإطارات في المؤسسة الجزائرية بالاستقلالية المهنية؟

ب/ فروض الدراسة:

قامت هذه الدراسة على فرضية رئيسية تمثلت في:

يتوفر جو المؤسسة الجزائرية على إمكانية الإطارات إحداث التغيير كشكل من أشكال الإبداع واتخاذ القرارات انفراديا والمبادرة والمبادأة في العمل.

ج/ المنهج:

اعتمدت الدراسة ضمن مقارنة التحليل الاستراتيجي النسقي على منهج المونوغرافيا والذي عرفته الباحثة وفقا لقاموس Larousse بأنه الوصف الخاص

لموضوع واحد، وهي الدراسة المعمقة لموضوع يختار كنموذج، هذا الموضوع قد يكون فرد، عائلة، ورشة، منطقة، وذلك عن طريق الإلمام بالجوانب المتعلقة بهذا الموضوع ودراسة مجال البحث من النواحي الاجتماعية، السياسية، الاقتصادية والثقافية، بالاطلاع على ماضي هذا الموضوع، مراحل التكوين، الفترات التي مر بها، التغييرات التي طرأت عليه.

#### د/ العينة:

اعتمدت الدراسة على أسلوب المسح الشامل لفئة الإطارات والتي قدرت بـ 71 إطاراً، وفي إطار تطبيق أداة الاستمارة تم التعامل مع 67 إطاراً فقط، نظراً لامتناع 4 إطارات التعاون والإدلاء بآرائهم.

#### هـ/ نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- الفرضية الموضوعية للتحقق منها غير محققة، وأن الإطارات في المؤسسة ميدان البحث لا تتمتع بالاستقلالية المهنية في أدائها لأعمالهم، فهي كما سبق وأن دلت نتائج الدراسة لا تستطيع أن تحدث التغيير أو أن تبديع، كما أنها لا تستطيع ورغم مكانة بعضها أن تتخذ القرارات انفرادياً، كما أن مبادئها ومبادئها في العمل محدودة ومقتصرة على صغائر الأمور، فهي تخشى حتى أن تبادر أو أن تتخذ القرارات انفرادياً، وقد كان هذا حال معظم الإطارات المستجوبة- الأغلبية منها- وخاصة الإطارات الشابة التي ترى أن الخبرة تنقصها لتحمل مسؤولية اتخاذ القرار انفرادياً وتحمل التبعات والعواقب، وهذا ما يدفعنا إلى القول أن الإطارات في هذه المؤسسة لازالت بعيدة عن ممارسة مفهوم الاستقلالية المهنية وأنها لا تملك حتى هذه الثقافة.

- التنظيم الذي تمثله المؤسسة ميدان البحث هو تنظيم بيروقراطي، يتصف بوجود العديد من الحلقات المفرغة للبيروقراطية، فالقواعد التنظيمية الرسمية هي المحددة لكل الأمور، فهي تمنع بذلك كل توجه نحو المبادرة والمبادرة الفردية، كما أن التنظيم يعتمد على مركزية القرارات مما أدى إلى تهميش وعزل فئة مهمة كفاءة الإطارات والحد من حريتها واستقلاليتها المهنية، كما يؤدي إلى انعزال كل فئة إدارية في الهراركية، حيث أن العلاقات بين المصالح فاترة وغير ودية، أما في نفس المصلحة تمتاز بالتعاون والتماسك الكبير، كل هذا أدى إلى ظهور علاقات السلطة الموازية للسلطة الرسمية وهو ما يفسر سلطة الدائرة المالية والمحاسبية على باقي الدوائر والمصالح من حيث سلطة غير شرعية وموازية للسلطة الرسمية بفعل امتلاكها للمعلومات حول الوضع المالي للمؤسسة، إن هذا الفعل حسب باقي الإطارات يواجهه من طرفها بعدة طرق منها إنجاز العمل وعدم ترك الثغرات أو ارتكاب الزلات حتى لا تترك الفرصة لدائرة المالية، غير أن كروزيه أكد أن هذا الوضع يؤدي إلى حدوث الصراع في التنظيم والذي تكون نهايته التبعية للطرف الآخر أو الاستسلام، ذلك أن السلطة الموازية تولد مناطق شك وريبة أوسع حول دائرة المالية، وفي المقابل تكون أقل حول باقي الإطارات مما يجعلها مكشوفة الأوراق لدى الآخرين وهذا كله طبعا في إطار التنظيم غير الرسمي.

- إن تحرك الإطارات في اتجاه هدف معين ضمن جماعة أو فريق كالمصلحة مثلا، يشكل مجموعة أفعال جماعية، تعكس مفهوم نسق الفعل المادي الذي وضعه كروزيه والمتشكل من مجموع الألعاب المبنية المسيرة بعدد من الأهداف والطموحات الفردية والجماعية، لذلك يكون الفاعلون تابعين

لبعضهم البعض في إطار هذا المجموع، هذه التبعية تهدف إلى تحقيق الأهداف المشتركة والخاصة بكل واحد من الإطارات، فالمشتركة هي فرض السلطة الموازية المختلصة بفضل المعلومات المتعلقة بمجال التخصص، أي جانب المالية والتكاليف، وهو ما يفرض على هؤلاء الفاعلين تبني استراتيجيات للمحافظة على مكانتهم ومكاسبهم وتحقيقا لمصالحهم المشتركة في العمل، وأيضا لأهدافهم الخاصة والمتعلقة مثلا بالترقية أو التكوين. وما تجدر الإشارة إليه هو أن اشتراك الأفراد في هذه الألعاب حسب كروزيه يكون اختياريًا وليس رغما عنهم.

- لقد أوضحت الأسئلة المتعلقة بعلاقة الإطارات بالمشرف المباشر وبقاقي الزملاء أهم أفكار وأطروحات كروزيه، حيث طرحت علاقة الإطارات بالمشرف المباشر العديد من القضايا التي تناولها كروزيه بالتحليل، فكل من الإطار والمشرف المباشر شريك في إطار علاقة السلطة القائمة، والتي عند كروزيه تقوى فيها سلطة البعض على البعض الآخر حسب المركز والمكانة في هرم السلطة، وهذا عن طريق إملاء المشرف المباشر لأوامره على الإطار المرؤوس، فالمشرف المباشر وبحكم وجوده في موقع قيادة وامتلاكه لمعلومات عن العمل ( لإقامة مشروع مثلا ) ولشبكة العلاقات والاتصالات كل هذا يوسع من هامش حريته في مواجهة هذا الآخر مما يصعب من عملية التنبؤ والتوقع لسلوكه، في حين يكون التنبؤ برد فعل الإطار المرؤوس سهلا، بتعبير كروزيه سلوكه محدد بدرجة أكبر، أما سلوك الأوائل فمحدد بدرجة أقل، باعتبارهم من يملئ القوانين التنظيمية الرسمية، فالقوانين حسب كروزيه أحد أهم القواعد التنظيمية المساعدة على إلغاء أو التقليل من مناطق الشك والريبة حول الفاعلين.

- التأكد من مفهوم الشك وعدم اليقين في ميدان البحث، والذي يدخل في إطار العلاقة التفاعلية لأفراد التنظيم، فقد لوحظ أن الإطارات تحاول أن تخفي إستراتيجيتها، وقد ظهر ذلك حتى في الإجابات والتي كانت في بعض الأحيان متناقضة.
- علاقة السلطة تتم عن طريق المفاوضة الدائمة، أين يبحث كل واحد عن زيادة هامش عدم التوقع لسلوكه في مواجهة شركائه أو زملائه، وهو ما يزيد من هامش الحرية للتحرك والاستفادة من المنافع والمصالح، وهو ما يؤكد أن إطارات مؤسسة نافتال تتمتع بهامش الحرية للتصرف وهنا يتحقق مفهوم الفاعل لكروزييه باعتباره من يملك هامشا من الحرية أثناء قيامه بواجباته المهنية، أما عن طرح كروزيه لفكرة التغيير كظاهرة نسقية فيرى أن التغيير يحدث في المجتمعات المتقدمة والمعقدة لأنها غنية أكثر من غيرها بالعلاقات الاجتماعية والمؤسسات، كما يقف ضد فكرة حدوث التغيير بفعل الاستبداد أو علاقات القوة، باعتباره عملية تتجدد من أجلها طاقات وموارد المشاركين لتشكيل ألعاب جديدة، والتي يسمح تنفيذها الحر لا الإجمالي للنسق أن يعيد توجيه نفسه كمجموع إنساني لا كآلة، وهو ما يصعب أن يتحقق في المؤسسة ميدان البحث وفي المؤسسة الجزائرية بصفة عامة والتي لازالت تعاني دوامة من عدم الاستقرار في إطار الانتقال إلى الاقتصاد الحر.
- من خلال ما سبق توصلت الدراسة أن أطروحات وأفكار ميشال كروزيه التي فسرت السلوكات الإنسانية في التنظيم قد تحققت إلى حد كبير في المؤسسة ميدان البحث، فقد أكدت أن الإطارات في مؤسسة نافتال لا تستطيع أن تنتهج أو تعتمد على استراتيجيات ضغط وآليات قوية للتفاوض،

انطلاقاً مما تملكه من خبرة وكفاءة توظفها بشكل عقلائي لتحقيق مصالح معينة وتكريس سلطاتها، فهذا يحدث في التنظيمات الرأسمالية مثلما شرح كروزيه والأمر يختلف في وضعية مؤسسة تابعة للدولة كنافطال، والتي تتميز استراتيجيات إطاراتها بالمحدودية مقارنة باستراتيجيات الفاعلين الذين شرح كروزيه وضعياتهم، ويعود هذا إلى التسيير عن بعد الذي يمارسه ويفرضه النظام السياسي تجاه الجانب الاقتصادي وعلى المؤسسات الاقتصادية بوجه خاص، عن طريق المركزية الشديدة للقرارات رغم خروج البلاد من الاقتصاد الموجه وتبنيها للاقتصاد الحر.

#### و/ تقييم الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات المهمة في حقل علم اجتماع خاصة وأنها كشفت عن صدق أطروحة ميشال كروزيه، داخل المؤسسة الجزائرية التي تمتاز بالخصوصية لما مرت به من مراحل تاريخية، وكذا خصوصية ثقافة المؤسسة.

#### الدراسة الثانية:

عنوان الدراسة " نزاعات العمل في المؤسسة الصحية الجزائرية: دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد عنابة " وهي عبارة عن مقال كتب في مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد 47 الصادر في سبتمبر 2016 من إعداد مهدي لعموري كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع جامعة باجي مختار عنابة.

#### أ/ مشكلة البحث:

تمثلت إشكالية البحث في طرح تساؤل رئيسي ألا وهو:

ما هو واقع نزاعات العمل داخل المؤسسة الصحية الجزائرية؟  
والذي تفرعت منه مجموعة من التساؤلات:

- 1- ماهي محددات النزاع العمالي داخل المؤسسة الصحية؟
- 2- ماهي الأنماط التي يتخذها النزاع العمالي داخل المؤسسة الصحية؟
- 3- كيف تتم تسوية النزاع العمالي داخل المؤسسة الصحية؟
- 4- ماهو دور النقابة في اندلاع وكذا في تسوية النزاع العمالي داخل المؤسسة الصحية؟

#### ج/ المنهج:

المنهج المتبع في هذه الدراسة هو منهج دراسة الحالة.

#### د/ العينة:

أجريت الدراسة على عينة عشوائية طبقية يقدر حجمها بـ 61 فردا موزعين على ثلاث فئات طبقية هي فئة الطبيين 08 أفراد، فئة الشبه طبيين 22 فردا، فئة الإداريين 31 فردا، ويمثل هؤلاء مجتمعا أصليا قدره 608 عامل، هم إجمالي مستخدمي المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد عنابة.

#### هـ/ نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

#### محددات النزاع العمالي داخل المؤسسة الصحية:

- 1- **عبء العمل:** يؤدي عبء العمل وثقل المهام والمسؤوليات الملقاة على العاملين بالمؤسسة الصحية التي تتحمل معدلات شغل للأسرة أكثر من طاقة

استيعابها الحقيقية" تبلغ أحيانا (150 %) ، أضف إليه الضعف المسجل في تعداد الموارد البشرية، خاصة بالنسبة لفئة الشبه طبيين، وكذا تعقيدات العمل داخل المصالح الاستشفائية.

2- **حوادث العمل والأمراض المهنية:** تفتقد المؤسسة الصحية إلى سياسة واضحة فيما يخص حماية العمال ووقايتهم من أخطار العمل والأمراض المهنية.

3- **الضعف في وسائل العمل:** يؤدي العجز في المعدات والوسائل الطبية والأدوية داخل المصالح العلاجية، وتدهور محيط العمل بفعل انتشار الأوساخ والقاذورات إلى تذبذب مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمرتفقين في جميع التخصصات الطبية والجراحية، ويولد ذلك سخط واستهجان المرضى وأهاليهم ودخولهم في صراع مباشر مع موظفي المصالح العلاجية الذين ينقلون بدورهم حالة النزاع هذه إلى مسئوليتهم المباشرين في العمل وكذا الإدارة ويحملونها تردي الأوضاع المهنية التي يعيشونها.

4- **غموض الأدوار:** مهام وأهداف العمل داخل المصلحة غير واضحة ومتناقضة وأحيانا هناك تداخل في الصلاحيات بين المستويات السلمية المختلفة الأفقية والعمودية.

5- **عدم المشاركة في صنع القرار:** تتمثل عملية صياغة القرار داخل المؤسسة الصحية بانفراد الإدارة الشبه كلي في صنع السياسات واللوائح المنفذة لها دون فتح المجال للمشاورات الموسعة.

6- **عدم ملاءمة سياسة الأجور:** المرتب لا يعكس الجهد الحقيقي المبذول داخل مكان العمل كون الموظفون يصرفون طاقة بدنية وذهنية (مخرجات) أكثر مما يحصلون عليه من مقابل مادي (مدخلات).

7- **تدني فرص الترقية الوظيفية:** تقتصر الترقية المهنية للموظفين داخل المؤسسة الصحية في جانبها الأكبر، على الترقية المهنية في الدرجات، ولا يرجع الفضل في هذه الترقية إلى اجتهاد وتخطيط من قبل إدارة المؤسسة



الصحية للرفي بالموارد البشرية، بل هي ترقية آلية بحكم القانون، يستفيد منها الموظف بمرور سنوات الأقدمية داخل مكان العمل. أما بخصوص الترقية في الرتب، فتفضل الإدارة اللجوء إلى طريقة الامتحان أو الفحص المهني، في حين لا تحظى باقي الآليات بنفس الاهتمام والتركيز. حيث إن الترقية عن طريق حصول الموظف على شهادة خلال مساره المهني والترقية بعد تكوين متخصص والترقية عن طريق الاختيار هي موجودة لكن ضمن إطار ضيق بسبب ثقل الإجراءات الشكلية التي يفرضها القانون والتنظيم للاستفادة منها من جهة، وكذا الممارسات البيروقراطية وأحياناً الزبونية التي تمارسها الإدارة في هذا الشأن من جهة أخرى.

8- **قلة فرص التكوين:** سياسة التكوين داخل المؤسسة الصحية ضعيفة من حيث عدد المستخدمين المستفيدين منها. وكذا من ناحية عدم تكافؤ فرص الحصول على تكوين متواصل وإعادة تحيين المكتسبات المهنية بين مختلف الفئات المهنية الناشطة في المؤسسة الصحية، حيث إن فئة الطبيين تستحوذ على غالبية المنح والإجازات العلمية لمتابعة التكوين والمشاركة في الملتقيات والندوات العلمية، داخل وخارج الوطن، في حين أن حصة الشبه طبيين والإداريين هي محدودة، حسب النتائج الإحصائية التي تمخضت عن الدراسة، ونلاحظ نفس التفاوت عند توزيع فرص التكوين بين العاملين الحاصلين على مستويات علمية مختلفة، كون فئة الجامعيين تستحوذ على حصة الأسد من حصص التكوين المستمر، مقارنة بفئة غير الجامعيين (3.63%)، ويصح الأمر نفسه بالنسبة للعمال المتعاقدين أو المؤقتين الذين يحرمون من التكوين المتواصل لفائدة الموظفين الذي تربطهم علاقة قانونية تنظيمية بالمؤسسة الصحية، أي الذين يشغلون صفة "موظف".

9- **رفض طلبات التقاعد:** تشتكي بعض الفئات المهنية وخاصة الشبه طبية من رفض إدارة المؤسسة الصحية المصادقة على ملفات التقاعد والتقاعد النسبي المقدمة لها، رغم استيفائها شرط سنوات الخدمة الفعلية وفق ما ينص عليه

قانون التقاعد، وبالرغم من عدم شرعية هذا القرار المتخذ من طرف إدارة المؤسسة الصحية إلا أن هذه الأخيرة مجبرة على إتباعه بسبب العجز الفادح في تعداد العاملين المنتمين إلى بعض الأسلاك وعلى رأسهم سلك الشبه طبيين، لعدم وجود من يخلفهم داخل المصالح العلاجية إن تم السماح بتسريحهم للتقاعد. وكرد فعل عن هذا الرفض يلجأ المستخدمون إلى انتهاج بعض السلوكات السلبية ومن صورها، التأخر عن العمل والغياب وعدم احترام الأوامر والإخلال بالسير الحسن للمصلحة. غرضهم من ذلك إجبار الإدارة ووضعها أمام الأمر الواقع من أجل تسريحهم للتقاعد، ويختلف الوضع تماماً بالنسبة لفئة الطبيين في ظل عزوف أفراد هذه الفئة المهنية عن التقاعد وتعبيرهم عن رغبتهم وقدرتهم الجسمية والمعنوية للاستمرار في النشاط حتى بعد بلوغ سن التقاعد في ظل تقاعس إدارة المؤسسة الصحية وغضها النظر عن مثل هذه الحالات. ويؤدي هذا الوضع إلى ركود المسار المهني للأطباء الشباب وحرمانهم من شغل مناصب المسؤولية وإثبات ذاتهم وقدرتهم في الميدان.

### أنماط النزاع العمالي داخل المؤسسة الصحية:

- 1- **تعدد الشكاوى:** يلجأ العمال في بداية الأمر إلى الشكاوى كأداة أولى يستنكرون من خلالها القرارات المجحفة في حقهم أو التعسف في استخدام الصلاحيات ضدهم، وتقسم هذه الشكاوى إلى مجموعتين الشكاوى ذات الطابع الإداري، الشكاوى داخل المصلحة العلاجية.
- 2- **التغيب والتأخر عن العمل:** يعد التغيب عن العمل من أبرز الأنماط الفردية التي يتخذها النزاع داخل المؤسسة الصحية.
- 3- **الخلافات بين الرؤساء والمرؤوسين:** من أنماط النزاع داخل المؤسسة الصحية الخلاف بين الرؤساء والمرؤوسين والذي يحدث بسبب المطالب المهنية.
- 4- **التوتر بين المصالح:** يأخذ هذا التوتر شكل التنازع السلبي في المهام والصلاحيات أي التراشق في المسؤوليات الخاصة بالقيام بأعمال ومهام

معينة والإلقاء بها على المصالح الأخرى، خاصة فيما يتعلق بتقاذف المرضى بين مختلف الوحدات الصحية، بحجة عدم مطابقة المرض للاختصاص الطبي أو الجراحي المطلوب.

ويؤدي ذلك إلى توتر العلاقات المهنية بين المصالح وعرقلة السير الحسن للمؤسسة الصحية ووضع المريض رهينة لصراعات هو في غنى عنها ولا يتحمل مسؤوليتها.

5- صراع خفي وأحيانا ظاهر بين الإدارة من جهة وفئة الطبيين من جهة أخرى بسبب أحقية اتخاذ القرار.

6- الرغبة في ترك مكان العمل: آخر شكل من أشكال النزاع يسلكه العاملون داخل المؤسسة الصحية محاولتهم مغادرة مكان العمل نهائيا.

7- اللامبالاة وعدم الانضباط: إن عدم شعور العامل بالرضى داخل مكان العمل وعدم قدرته على التعبير عن ذلك بشكل صريح، يؤدي به إلى اللجوء إلى كبح الإنتاج أي إنتاج كميات أقل مما يستطيع.

• أنماط النزاع الجماعية: وتشمل حركات الإضراب التي يشنها العمال ومعهم النقابة من حين إلى آخر. وتتمحور هذه الإضرابات بشكل رئيسي حول مطلب الأجور ونظام التعويضات والمنح وتعديل القوانين الأساسية الخاصة. تسوية النزاع العمالي داخل المؤسسة الصحية:

1- تسوية نزاعات العمل الفردية: تتم تسوية نزاعات العمل الفردية داخل المؤسسة الصحية وفق مستويين متدرجين:

• المستوى الأول: يخص التسوية الودية لمنازعات العمل الفردية عن طريق رفع شكوى إدارية من المتظلم لدى السلطة الإدارية المختصة من أجل إعادة النظر في العمل الإداري المتظلم فيه.

• المستوى الثاني: يخص التسوية القضائية لمنازعات العمل الفردية من خلال رفع دعوى البطلان ضد القرارات الصادرة عن السلطات الإدارية لغرض إلغائها من طرف القضاء الإداري المختص لعدم مشروعيتها.

2-تسوية نزاعات العمل الجماعية: تأخذ تسوية النزاع العمالي الجماعي في المؤسسة الصحية طريقتين اثنتين:

- تسوية نزاعات العمل الجماعية ذات الطابع المحلي: وهي التي تتعلق بنزاعات العمل ذات الصلة بتسوية المستحقات المالية المترتبة عن الترقية في الدرجات وكذا منحة المردودية والمناصب العليا والمنح العائلية ومنحة التمدرس، وكذا تسوية الوضعية الإدارية للعمال المدمجين في رتب جديدة وتحسين ظروف العمل، وتسوى هذه المسائل داخل المؤسسة الصحية نفسها أو بالتنسيق مع المصالح الولائية للصحة والوظيف العمومي والمراقبة المالية ولا تحتاج في غالب الأحيان اللجوء إلى مستويات رئاسية عليا.

- تسوية نزاعات العمل الجماعية ذات الطابع الوطني: تخص نزاعات العمل التي لا يمكن حلها والاستجابة لها على مستوى المؤسسة الصحية بسبب طابعها الوطني وتحمل مسألة الأجور والأنظمة التعويضية الترتيب الأول يليها موضوع تعديل القوانين الخاصة بالأسلاك الناشطة ضمن قطاع الصحة، حينئذ يتم رفعها إلى الوزارة الوصية وهي وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. ومن الناحية العملية نجد أن تسوية نزاعات العمل الجماعية ذات الطابع الوطني والمرفوعة أمام مصالح وزارة الصحة والسكان لا يتم النظر أو البت فيها إلا داخل دائرة مغلقة هي " وزارة الصحة والسكان، وزارة المالية، المديرية العامة للوظيفة العمومية" بإشراف وتوجيه من مصالح الوزارة الأولى، والدليل على ذلك أن جميع الوزراء الذين تعاقبوا على وزارة الصحة كثيرا ما كانوا يتحججون أمام النقابات برفض وزارة المالية والوظيف العمومي الموافقة على التخصيصات المالية والتعديلات التنظيمية الكفيلة بتلبية انشغالات العمال والنقابات التي تمثلهم.

دور النقابة في تسوية النزاع العمالي داخل المؤسسة الصحية: إن النقابة الوحيدة المعتمدة لدى المؤسسة الصحية محل الدراسة هي نقابة "الاتحاد العام للعمال الجزائريين" وتحاول هذه الأخيرة التوفيق بين دورين متلازمين اثنتين:

**الدور الأول:** المساعدة على التسوية الودية لنزاعات العمل الفردية. وهو دور غير رسمي على الأقل من ناحية إجراءاته الشكلية ويتمثل في توسط النقابة لدى الإدارة لمصلحة العمال من أجل التسوية الودية لنزاعات العمل الفردية ومعالجة الشكاوى التي يرفعونها بمناسبة أدائهم لمهامهم داخل المصالح الإدارية والعلاجية وكذا بالنسبة للتظلمات المقدمة من طرفهم من أجل إعادة النظر في القرارات التأديبية المتخذة في حقهم لإخلالهم بالنظام الداخلي ولوائح العمل، وتتم ممارسة هذا الدور غير الرسمي بشكل شبه يومي من خلال التدخلات المختلفة التي يقوم بها المسؤولون النقابيون لدى مختلف المصالح الإدارية.

**الدور الثاني:** المساهمة في تسوية نزاعات العمل الجماعية. وتتمارس نقابة المؤسسة الصحية هذا الدور بشكل رسمي ومعلن، وفق ما تنص عليه الإجراءات القانونية المعمول بها في هذا المجال خاصة القانون 90-14 المتعلق بممارسة الحق النقابي. وتقوم النقابة وفقا لذلك، بعقد اجتماعات دورية مع إدارة المستشفى. ويغلب على هذه الاجتماعات الطابع الوقائي باعتبارها تسمح للشركاء الاجتماعيين بفتح مجال التشاور والتعاون من أجل تطويق النزاعات قبل نشوبها وتفاذي تأزمها والتقليل من التوتر بين الطرفين. وبالتالي الخروج بتسوية ودية للنزاع العمالي، وتتوج لقاءات الإدارة مع نقابة المستشفى بمحاضر اجتماع رسمية يتم تحريرها وعرضها للنشر على حائط الإعلانات داخل مختلف المصالح الإدارية والعلاجية وعادة ما تنتهي المشاورات بين النقابة والإدارة بمنح هذه الأخيرة جدولاً زمنياً من أجل تجسيد وتنفيذ النقاط المتفق عليها، وفي بعض المرات يتم التلويح بورقة الإضراب باعتبارها وسيلة ضغط إضافية من طرف النقابة لحث الإدارة على الإسراع في تنفيذ وعودها وتحقيقها على أرض الواقع.

و/ تقييم الدراسة:

تعتبر الدراسة إضافة مهمة في حقل علم اجتماع التنظيم، خاصة فيما يخص دراسة المؤسسات الصحية، كذلك من حيث المنهج المتبع فإن التركيز على دراسة

حالة - المؤسسة الصحية المعنية بالدراسة - جعلها تتسم بالعمق وتغطية جميع جوانب تساؤلات الدراسة.

### الدراسة الثالثة:

عنوان الدراسة " العمل وعلاقات العمل في المؤسسة الصناعية الخاصة " وهي عبارة عن أطروحة دكتوراه علوم في علم الاجتماع جامعة الجزائر 2 من إعداد مقراني أنور السنة الجامعية 2010/2011.

### أ/ مشكلة البحث:

انطلقت الدراسة من التساؤلات التالية:

- كيف هي صورة العمل وعلاقات العمل لدى مختلف الفئات السوسيومهنية للمؤسسة؟
- ما التأثير الذي تمارسه خصائصها في تكوين هذه الصورة؟
- كيف تستطيع الظواهر الاجتماعية المترافقة مع مفهومي العمل وعلاقات العمل أن تشكل الهويات المهنية في المؤسسة؟
- ماهي معايير العلاقات الفردية والجماعية التي ترجع إليها الفئات السوسيومهنية كي تؤسس لتبادلاتها الاجتماعية وتعيش في ظل أشكال جماعية ومؤسسية؟

### ج/ المنهج:

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، حيث زاوجت الدراسة بين التحليل الكيفي للمعطيات التي جمعت عن طريق المقابلة الموجهة، والتحليل الكمي للبيانات التي جمعت عن طريق الاستمارة.

د/ العينة:

استخدمت الدراسة عينة تتكون من 230 عامل مقسمة إلى:

- 08 إطارات وهو ما يشكل 66.66% من المجموع الكلي لهذه الفئة.
- 98 عون تحكم وهو ما يشكل 72.05% من المجموع الكلي لهذه الفئة.
- 124 عامل تنفيذ وهو ما يشكل 71.26% من المجموع الكلي لهذه الفئة.

ه/ نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- جو العمل الذي تحاول إدارة المؤسسة قولبته من أجل ضبط الأفراد والجماعات بحسب ما يتوافق مع الأهداف التي ترسمها، حيث يكشف عمال التنفيذ عن تشاؤمهم حيال هذا الجو، ذلك أن حالة السلم المزيف الذي يسود المؤسسة لا يؤثر على انكفاء العامل الإنساني عن ممارسته ضغوطاته احتجاجية، ولكنه في المقابل يدل هدر إنساني لنظام علاقات العمل بين العامل والمؤسسة، حيث تخسر هذه الأخيرة المهارات التي تتشكل خلال المدة التي يقضيها العامل في التنظيم.
- النزعة العلائقية الفردية بين المستخدمين الذين يلجؤون للحلول الفردية التي تغلف النزاع في الحدود الضيقة مع المسؤول المباشر.
- عدم التجانس بسبب المرجعية التعليمية والتكوينية بين قطبين رئيسيين.
- تسيير النزاع حيث يتم غلقه في الحدود التي تسمح بمعالجته ضمن الأطر الفردية التي ترجح الحوار والمصالحة مع المسؤول المباشر.
- أغلب المبحوثين عرفوا فترة بطالة، ويعترفون بدورانهم المهني الذي تم في أكثر من مؤسسة خصوصا لدى العاملات الإناث.

- معايير الانتقاء التي اعتمدت لأجل توظيفهم، فهي مرتبطة بالرصيد العلائقي الاجتماعي الذي يتكون اشتراطا التكوين المهني، القرابة والولاء.
- تماثل المستخدمين بطوعية كبيرة مع ما يتطلبه التنظيم من انضباط واحترام لقواعد العمل.
- فيما يخص الاتصال والاعلام، حيث تحسب المؤسسة الخاصة قوة نظامها الاتصالي الذي استطاع أن يحدد قنوات تمرير رسائله لجميع المستخدمين في جميع المستويات المهنية.

#### و/ تقييم الدراسة:

أثرت الدراسة مفهوم علاقات العمل في حقل السوسيولوجيا، كما أنها جمعت بين التحليلين الكمي والكيفي، مما ساعد على تحليل أعمق للبيانات المجمعة.

#### الدراسة الرابعة:

عنوان الدراسة "علاقات العمل والتعلم الثقافي بالمؤسسة الصناعية الجزائرية الدراسة الميدانية بمركب أسميدال عنابة" وهي عبارة عن أطروحة دكتوراه علوم في علم الاجتماع جامعة منتوري قسنطينة من إعداد غريب منية السنة الجامعية 2006/2007.

#### أ/ مشكلة البحث:

تمثلت إشكالية البحث في طرح تساؤل رئيسي ألا وهو: ما العلاقة الموجودة بين علاقات العمل والتعلم الثقافي في المؤسسة الصناعية الجزائرية؟

والذي تفرعت منه مجموعة من التساؤلات:

#### 1- ماهي علاقات العمل؟



- 2- كيف نشأت وتطورت علاقات العمل بوجه عام وفي المؤسسة الصناعية الجزائرية بوجه خاص؟
  - 3- ماهي خصائص ومميزات علاقة العمل؟
  - 4- ماهو النزاع أو الصراع وأهم الأطراف الفاعلة فيه؟
  - 5- ما هي آليات وميكانيزمات فض أو حل النزاعات داخل المؤسسة الصناعية؟
  - 6- ماهو التعلم الثقافي؟
  - 7- ماهي عناصره ومؤشراته داخل المؤسسة؟
  - 8- كيف تغير مضمون التعلم الثقافي لدى العمال في المؤسسة الصناعية؟
  - 9- ماهو تأثير الصراع الاجتماعي داخل المؤسسة الصناعية على علاقات العمل ومضمون التعلم الثقافي لدى العمال؟
  - 10- كيف تطورت علاقات العمل ومضامين التعلم الثقافي لدى العمال عبر مختلف مراحل التسيير الاقتصادي التي مرت بها المؤسسة الصناعية في الجزائر؟
  - 11- ماهو موقع علاقات العمل من الاصلاحات الاقتصادية التي عاشتها المؤسسات الصناعية الجزائرية؟
  - 12- ما هو تأثير علاقات العمل ومستوى التعلم الثقافي لدى العمال على الأهداف الاقتصادية للمؤسسات الصناعية في الجزائر؟
  - 13- ما مدى تأثير التغيرات التكنولوجية على تطور علاقات العمل ومستوى التعلم الثقافي لدى العمال داخل المؤسسة الصناعية الجزائرية.
- ب/ فروض الدراسة:

قامت هذه الدراسة على فرضية رئيسية تمثلت في: توجد علاقة قوية بين علاقات العمل والتعلم الثقافي لدى العمال بالمؤسسة الصناعية الجزائرية.

أما الدراسة لم تضع فرضيات فرعية وإنما تطرقت لمؤشرات المتغيرين كل على حدى والتي تم ذكرها في أسئلة الدراسة.

### ج/ المنهج:

لقد استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة.

### د/ العينة:

كما جاء في الدراسة فقد اعتمدت الدراسة على عينة عشوائية بسيطة مأخوذة من فئة الإطارات، شملت 40 مبحوثا، وقد تمثلت في 05 إطارات سامين أي نسبة 10% ، 28 إطار متوسط أي نسبة 07% ، 07 نقابين أي نسبة 78%.

### هـ/ نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أ/ هناك تحسن ملحوظ في علاقات العمل يصاحبه أو يقابله تطور في مستوى التعلم الثقافي لدى العاملين بالمؤسسة.

ب/ يعتبر الأجر حافز مادي قوي في تحسين علاقات العمل وتحقيق مستوى من الرضا والتعلم لدى العمال، حيث أنهم يتقاضون أجورا باهضة إلى جانب حوافز مادية أخرى، وهذا له تأثير على الجانب المعنوي والنفسي لهم.

ج/ هناك تغير في ذهنية العمال وتفتح وازدهار شخصيتهم، خاصة وأن أغلبهم قد قدموا من الريف بأفكار وقيم واتجاهات خاطئة عن العمل الصناعي.

و/ تقييم الدراسة:

أثارت الدراسة جانبا هاما من علاقة بين متغيرين ألا وهما علاقات العمل والتعلم الثقافي، وبالتالي فهي اسهام في ميدان علم الاجتماع، رغم أنه تم التطرق لموضوع علاقات العمل من جانبه القانوني ( الاتفاقيات الجماعية، الحقوق والواجبات، النزاع ... ) والدراسة أجريت على فئة معينة من العمال، وعممت النتائج على جميع الفئات ( النتيجة ج )

الدراسة الخامسة:

عنوان الدراسة " علاقات العمل في المؤسسة الجزائرية دراسة سوسيولوجية لأشكال الصراع في ظل الخصوصية " وهي عبارة عن أطروحة دكتوراه علوم في علم الاجتماع التنظيم والعمل قسم علم الاجتماع كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية من إعداد رفيق قروي السنة الجامعية 2010/2009 .

أ/ مشكلة البحث:

تمثلت إشكالية البحث في طرح تساؤل رئيسي ألا وهو: ما هي طبيعة علاقات العمل التي تميز المؤسسة في إطار الخصوصية؟  
والذي تفرعت منه مجموعة من التساؤلات:

1- ماهي طبيعة العلاقات المهنية والاجتماعية السائدة، وظروف العمل

وانعكاسها على نوعية الانشغالات العمالية في ظل الخصوصية؟

2- ماهي أشكال الصراعات العمالية التي يلجأ العمال لممارستها في ظل

الخصوصية؟

3- ماهي طبيعة المطالب العمالية، وكيف يتم التعبير عنها في ظل  
الخصوصية؟

4- ماهو الدور الذي تلعبه النقابة في الدفاع عن مصالح العمال في ظل  
الخصوصية؟

### ج/ المنهج:

استخدم الباحث في الدراسة المنهج الوصفي، والمنهج الاحصائي، كما استخدم  
مجموعة من الأدوات لجمع البيانات تمثلت في الملاحظة، المقابلة الحرة، الوثائق  
والسجلات، الاستمارة.

### د/ العينة:

استخدمت الدراسة الحصر الشامل والمتمثل في 147 عامل دائم، واستنتجت  
الدراسة العمال المؤقتين.

### هـ/ نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- رفض المقترحات العمالية بشأن أحقيتهم في تشكيل شركة أجراء، والشروط  
التعجيزية التي تعرضوا لها بالتواطؤ المفضوح من طرف مسؤولي المجمع  
Enajuc والوصاية، ويعد ذلك بداية للانسداد الحقيقي على مستوى  
المؤسسة، حيث تولدت مشاعر عدم الثقة بين العمال ومسؤولي المجمع،  
ناهيك عما خلفه ذلك من الإحباط والخوف على مستقبلهم المهني، والقلق  
على مصير المؤسسة المجهول.

- المؤسسة في ظل الخصوصية تعرضت إلى أشكال متعددة من الصراعات الفردية، بدءا من الشكاوى والتظلمات إلى التغيب عن العمل.
- أما العقوبات فقد ثبت أن إدارة المؤسسة مخول لها تطبيق بنود القانون الداخلي والاتفاقية الجماعية الخاصة بالردع وتسليط العقوبات لتمكين الشرعية، ولكن نفس إدارة المؤسسة ليس لها صلاحيات للفصل في منح المستحقات المادية للعمال، إلا بالرجوع إلى صاحب المؤسسة؟ وبشكل ذلك ميزة من المميزات التي أدخلت في إطار الخصوصية على مستوى المؤسسة مجال الدراسة.
- ملف خصوصية مؤسسة نقاوس أزعج مصالح عليا في الدولة، بدءا بوزارة المساهمات وترقية الاستثمارات، مجلس مساهمات الدولة، الأمانة العامة للمركزية النقابية، وأزعج حتى المديرية العامة للمجمع Enajuc . لأن الأمر كان ما يبدو من بدايته أمرا محسوما بضرورة خصوصية المؤسسة، وتدخل القوة العمومية ومؤسسة العدالة في إحدى وجوهها هو فرض لسياسة الأمر الواقع.
- حضور وفعالية الفرع النقابي على مستوى المؤسسة، بدءا من بداية الإضراب في فيفري 2017 لم يقابله حرصا بنفس الدرجة للمركزية النقابية رغم اعتراضها على قرار الخصوصية وتحذيراتها للوزارة الوصية من خطورة مثل هاته القرارات على مستوى المؤسسة والمجتمع المحلي.
- تمثلت المطالب المرفوعة في بداية الإضراب المؤطر من طرف الفرع النقابي، في الرفض الكلي لقرار خصوصية المؤسسة، وانتقلت المطالب فيما بعد إلى التشديد على ضرورة محاسبة المتواطئين من مسؤولي المجمع Enajuc في بيع المؤسسة.

- حضور الإرادة السياسية كانت أقوى بكثير من إرادة العمال ونقاباتهم، بحيث انعكس ذلك على نوعية المطالب التي رفعها العمال بعد انتهاء الإضراب، ويمكن تفسير ذلك بأن تدخل السلطات المحلية والسلطات الوصية تسبب في إجهاض المطالب ذات الصلة بالخصوصية، وأصبح الأمر يقتصر على مطالب ذات طابع مادي لا أكثر، وهذا يرجع بالدرجة الأولى لعامل أساسي يتمثل في التلويح بالطرد والمتابعة القضائية في حالة التمادي في التحريض وهي ممارسات قهرية مورست لدفع العمال للتراجع عن فكرة الإضراب أولاً والكف عن إثارة ملف الخصوصية من أصله لأن الأمر اعتبر منتهياً وبعدها نجحت الوصاية في تكسير الإضراب.

و/ تقييم الدراسة:

تعتبر الدراسة إسهاماً في حقل السوسيولوجيا، وبالتحديد فيما يخص موضوع علاقات العمال من جهة، وأشكال الصراع وكيفية حله في المؤسسة الجزائرية التي تمت خصوصتها دون أن تكون بحاجة إلى ذلك.

### خلاصة

ارتأت الباحثة تحديد موضوع الدراسة من خلال التطرق إلى جوانب تراها أساسية ولا تزال بحاجة إلى البحث والتدقيق والتمحيص، سواء تعلق الأمر بالنظرة السوسيولوجية لموضوع علاقات العمل التي تعتبر دعامة سيرورة العمل داخل التنظيم - من خلال مفاهيم ونظرة التحليل الاستراتيجي - وكذا خصوصية مجال الدراسة نظرا لمجموعة من العوامل التي تمت الإشارة إليها.

# الفصل الثاني



### تمهيد

لم ينطلق التحليل الاستراتيجي عند ميشال كروزيه من فراغ بل نهل من العديد من الدراسات التي سبقته أبرزها البيروقراطية، الظاهرية، ما بعد البنيوية، النزعة الفعلية، سوسيلوجيا الفعل، التفاعلية الرمزية، الإثنوميتودولوجيا، العقلانية المحدودة والصراع الاجتماعي، ليلورها في الأخير، ويقوم بدراساته، وسوف نعرض في هذا الفصل على هذه الدراسات لنتعمق أكثر في الأصول النظرية لفكر ميشال كروزيه.

### 1- البيروقراطية عند ماكس فيبر:

أتى ماكس فيبر بمفهوم البيروقراطية ليقصد بها الترشيح أي إضفاء الصبغة العقلانية على الفعل ومن ثمة تحقيق نموذج كامل ومتكامل، فقد اهتم فيبر بالفعل الاجتماعي حيث يعتبر أن مجمل الأحداث والظواهر الاجتماعية تقوم أساساً على فعل الأفراد أو فعل مجموعة منهم، كما يرى أن الفعل الإنساني يأخذ بعده الاجتماعي من خلال توفره على مجموعة من المعايير<sup>1</sup>:

- ينبغي على الأشخاص بادئ الأمر أن يدخلوا في حسابهم سلوك الآخرين وكذلك حضورهم أو وجودهم.
- الدلالة، فيجب أن نفهم هذا الاصطلاح اللفظي الدقيق بمعنى أن فعل الذات يجيب أن تكون له قيمة أو الرمز بالنسبة إلى الآخرين.
- ينبغي أن يتأثر أي فعل اجتماعي بإدراك الفاعلين لدلالة فعل الأشخاص الآخرين ومعناه.

فالفعل الاجتماعي بالنسبة إلى فيبر " يتحدد من خلال المعنى الذي يضيفه الفاعل على هذا الفعل وهذا لا يصبح له معنى أو دلالة إلا بمقدار ما يدخل في الحساب سلوك الآخرين وبمقدار ما يتأثر بهم في هذا الإطار"<sup>2</sup>

كما أن الفعل الاجتماعي عند فيبر يعبر عن كل ما هو " اجتماعي ثنائي أو علائقي كتصرف أدنى ويجب أن يتضمن الفعل الاجتماعي فاعلاً اجتماعياً يفسر ويصرف ويوجه نحو نشاط فعل اجتماعي آخر، أولئك الآخرون الذين يدخلون في

<sup>1</sup> أحمد الأصغر ، عقيل أديب، دراسات معاصرة في علم الاجتماع - علم اجتماع التنظيم ومشكلات العمل - منشورات جامعة دمشق، كلية الآداب والعلوم الإنسانية قسم علم الاجتماع، 2012، ص 103.

<sup>2</sup> عبد العالي دبلية ، مدخل إلى التحليل السوسيولوجي، منشورات مخبر المسألة التربوية في الجزائر في ظل التحديات الراهنة منشور رقم 2، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، 2011، ص ص 48، 49.

العلاقة الاجتماعية ( يمكن أن يكونوا أفرادا معروفين لدى الفاعل مثلا أو يمكن أن يكونوا جماعات غير محددة أو أفرادا مجهولين كأشخاص)<sup>1</sup> وقد اهتم فيبر بالشرعية التنظيمية، أي أن يمارس الحاكم السلطة باعتبارها حقا مشروعاً كما يعتقد الأفراد بأنه من واجبهم طاعة الحاكم والامتثال لأوامره، هذه الشرعية تؤدي إلى الاستقرار النسبي لأنساق السلطة المختلفة، إضافة أن ممارسة السلطة على أعداد كبيرة من الأفراد تقتضي وجود هيئة إدارية قادرة على تنفيذ الأوامر وتحقيق الصلة الدائمة بين الرؤساء والمرؤوسين، وقد ميز ماكس فيبر بين ثلاثة أنواع من السلطة:

**السلطة الكارزمية:** وهي التي تكون نتيجة امتلاك شخص لصفات وخصائص معينة تمكنه من فرض سيطرته على الآخرين، لكن الإفراط في استعمال هذه القوة والسيطرة من قبل القائد الكارزمي سوف يؤدي لا محالة إلى التشتت داخل المجتمع لذلك رأى فيبر أنه من الضروري التوصل إلى نظام ثابت ودائم للسلطة وبالتالي التحكم في هذا الإفراط سوف يظهر روتينية الكاريزما، إذ تساءل فيبر عن مصير الأفراد الذين كانوا يلجأون في جميع أمور حياتهم إلى إرشاد وتوجيه القائد الكارزمي بعد وفاته، لذلك فإنه رأى من الضروري جعل الصفات التي يتميز بها القائد الكاريزمي صفات المجتمع وخصائصه فيجب جعلها من روتين الحياة الاجتماعية.

**السلطة التقليدية:** هي تلك السلطة التي تستمد شرعيتها من الاعتقاد والولاء للعادات والتقاليد، وعادة ما تكون وراثية كما نجد القائد التقليدي غالبا ما يصدر أوامر لتلبية الشخصية لكن في حدود العادات والتقاليد المقبولة.

<sup>1</sup> ليندة العابد، النسق القيمي للإدارة وعلاقته بتوجيه الفعل التنظيمي - دراسة ميدانية بمركب النسيج E.A.TIT باتنة - أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم علم الاجتماع تخصص تنظيم وعمل، باتنة جامعة الحاج لخضر قسم علم الاجتماع ، 2011-2012، ص 258.

**السلطة القانونية:** تستمد السلطة القانونية شرعيتها من اللوائح والقواعد والقوانين، وبذلك فهي لا تخضع للاعتبارات والخصائص الشخصية، وقد ربط ماكس فيبر هذه السلطة بالشكل البيروقراطي إذ أن القوة في التنظيم البيروقراطي لا تنسب إلى شخص معين وإنما إلى المركز والوظيفة، كما أن الأفراد يتبعون القائد لاعتقادهم أنه يقوم بتطبيق القواعد والقوانين " والواقع أن دراسة فيبر عن الشرعية التنظيمية، كانت بداية للاهتمام التقليدي بشرعية الضبط التنظيمي وأنساق المكافأة، وهكذا ارتبطت دراسة فيبر عن طبيعة وبناء البيروقراطية بتشريع ميكانيزمات الضبط التنظيمي والتدرج الهرمي"<sup>1</sup>

كان فيبر من خلال نموذج المثالي يهدف للوصول إلى الرشد والعقلانية والفعالية ومن ثمة الوصول إلى الأهداف بأفضل وأقصر الطرق إذ أنه يحمل مجموعة من الخصائص والتي تتمثل في:<sup>2</sup>

- تحديد الاختصاصات الوظيفية في المنظمة البيروقراطية بصورة رسمية في إطار القواعد واللوائح المعتمدة، واعتماد الصيغ القانونية في إيضاح جوانب التخصص وتقسيم العمل.
- توزيع الاعمال والأنشطة الإدارية على أفراد ( أو أعضاء ) المنظمة بصورة رسمية وبأسلوب ثابت ومستقر ومحدد لكل وظيفة.
- تخويل السلطات ( أو الصلاحيات ) لأفراد المنظمة لضمان سير أنشطتها وأعمالها على وفق قواعد واضحة ومحددة، يتم من خلالها تحديد نطاق الإشراف لكل مسؤول إداري.
- الفصل بين الأعمال الرسمية للموظف وبين الأعمال الشخصية الخاصة به، التي يقوم بها في إطار علاقاته غير الرسمية، ثم الحد من أثر العلاقات الشخصية

<sup>1</sup> بدر سعد عيد مرسي، الإيديولوجيا ونظرية التنظيم - مدخل نقدي - ط2، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2000 ص 97.  
<sup>2</sup> خليل محمد حسن الشماخ، حمود خضير كاظم. نظرية المنظمة، ط1، الأردن، عمان دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2000، ص ص 34 35.

- بين أعضاء المنظمة، وسيادة العلاقات الرسمية بعيدا عن العاطفة والتحيز، وعدم الموضوعية، وإعطائها الدور الأساسي في البناء الهيكلي للمنظمة البيروقراطية.
- تعيين الأفراد العاملين في المنظمة البيروقراطية على وفق المقدرة والكفاءة والخبرة الفنية في النشاطات التي يؤدونها، بما يتلاءم وطبيعة الأعمال المحددة في قواعد وأنظمة العمل في المنظمة البيروقراطية.
  - استناد تركيب المنظمة إلى أساس التدرج الهرمي ( أو هرمية التنظيم ) واعتماد التنظيم الإداري على مستويات تنظيمية محددة بشكل دقيق وحاسم، حيث تشرف المستويات الإدارية الأعلى على المستويات الأدنى منها في التنظيم، على وفق التسلسل الهرمي للمنظمة وبصورة ثابتة ومحددة.
  - تعتمد الإدارة البيروقراطية في انتهاجها الأسلوب الرسمي في التعامل مع الأفراد العاملين فيها، على الوثائق، والسجلات، والمستندات، ويجري حفظ هذه الوثائق بصورة يسهل معها تمشية أعمال المنظمة.
  - تتصف القواعد والتعليمات التي تطبقها المنظمة البيروقراطية بالشمول والعمومية، والثبات النسبي، بحيث يستطيع كل فرد فيها استيعاب وفهم القواعد الإدارية السائدة بدقة ووضوح، كما يؤدي هذا الثبات النسبي في الأعمال الموكلة لأفراد المنظمة إلى زيادة الكفاءة والخبرة الفنية والإدارية للعاملين.

رغم وضع فيبر للنموذج البيروقراطي، واعتباره النموذج الأكثر كفاءة إلا أنه يقر أن " الكفاية الناجمة عن النمو التنظيمي في العالم الحديث تشكل أعظم تهديد لحرية الفرد والمنظمات الديمقراطية في المجتمعات الغربية بصفة عامة"<sup>1</sup> حيث أنه درس الديمقراطية داخل التنظيمات من خلال إسقاطه لدراسة الديمقراطية داخل المجتمع ككل، كما أنه درسها بشكل من التناقض، فمن جهة يقر بأن اختيار

<sup>1</sup>السيد. الحسيني، النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم، ط2، مصر، دار المعارف، 1975، ص 51.

الموظفين على أساس الشهادة والمؤهل يُغيب العدالة الاجتماعية، وأن قواعد الترقية داخل التنظيم فيها الكثير من الإجحاف، ومن جهة أخرى يقول أن كل الموظفين سواسية أمام سلطة القواعد، وأن اختيار الموظفين على أساس الشهادة فيه إنصاف للمجهود والمال الذي أنفقوه للحصول على هذه الشهادة.

رغم دراسة فيبر للفعل الاجتماعي إلا أنه لم يبرز كون الفرد هو صانع القرار وصانع القيم ولو كان ذلك في ظل القوانين التنظيمية، فهو يرى " بوجود نوعين من المعاني: الأول وهو المعنى الموجود واقعياً لفاعل فرد واقعي، والثاني هو المعنى الذاتي الذي ندركه نظرياً ونطلق عليه النمط المثالي [...] فهو ينظر إلى الفاعل لا على أساس أنه يستجيب لمؤثر بعينه وإنما على أنه يبذل جهداً ليتلاءم مع أنماط من السلوك المثالي المجرد"<sup>1</sup> إذ أنه وضع نموذجاً عقلانياً لما يجب أن يكون وبذلك فإن محاولة تطبيقه الحرفي سيؤدي إلى مجموعة من السلبات أبرزها الروتين والجمود.

لكن هذا لا ينفي أهمية النموذج المثالي للبيروقراطية إذ أن جل النظريات التي أتت بعده انطلقت منه، كم أن معظم المؤسسات وإلى غاية يومنا هذا تطبق هذا النموذج، وإن لم يكن بحذافيره.

<sup>1</sup> عبد الباسط عبد المعطي، اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، الكويت، عالم المعرفة، 1981. ص 93.

2- الظاهراتية عند ادموند هوسرل:

ادموند هوسرل هو عالم الاجتماع تشيكوسلوفاكي (1859-1938)، من مؤلفاته فلسفة علم الحساب، أبحاث منطقية، أفكار، أزمة العلوم الأوروبية والظاهرات المتعالية، التجربة والحكم،...

ظهرت أفكار هوسرل خلال السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، منتقدا النظريات الوضعية التي نادى بإخضاع الظاهرة الاجتماعية للدراسة التجريبية مغفلة خصائصها وطبيعتها، وهو أول من أطلق هذا المصطلح "الظاهراتية أو الفينومينولوجي" الذي ينقسم إلى جزأين "فينومينو" والذي يشير إلى الظاهرة أو المظهر المدرك و"لوجي" والتي تعني العلم وبالتالي فهو يعني علم الظواهر.

لكن إذا ماعدنا إلى تاريخ الفكر نجد أن هيجل قد استخدم هذا المفهوم في كتابه الذي نشر سنة 1808 بعنوان "فينومينولوجيا الروح".

تعرف الظاهراتية بأنها: "مذهب فلسفي يقوم على دراسة الأشكال المختلفة للوعي وتنوعاته، والطرق التي بها يعي الناس العالم الذي يعيشون فيه. وقد جهد ادموند هوسرل Husserl -رائد هذا المذهب- في أن يبرهن على أن تحليل بنى العقل ليس علما فحسب، بل إنه بالضرورة العلم الأول باعتبار أن جميع التخصصات الأخرى بما فيها المنطق والفيزياء، تعتمد على مفاهيم الظاهراتية"<sup>1</sup> تقوم الظاهراتية على أعمال العقل في تفسير الحياة التي يعيشها الناس، ليس هذا فحسب بل يرى هوسرل أن جميع العلوم الأخرى يجب أن تعتمد على مفاهيم الظاهراتية.

<sup>1</sup> عامر مصباح، علم الاجتماع الرواد والنظريات، ط1، الجزائر، شركة دار الأمة، 2010، ص 321.

وقد عرفها ألفريد فريكانت بأنها: " فهم المفاهيم الاجتماعية من خلال تأمل الحياة الاجتماعية. أي عن طريق استيضاح طبيعتها الخاصة المميزة من خلال التأمل الداخلي للمراحل المختلفة أو حتى المرحلة الواحدة قد تكون لدى الإنسان، وتتضمن هذه الميول كلا من "عاطفة الذات" واعتماد الناس على أحكام الآخرين فالمجتمع بهذا عبارة عن اجتماع أفراد تربطهم ببعضهم رابطة الاعتماد المتبادل.<sup>1</sup> وبالتالي فإن الظاهرية تقوم على أن بناء المعرفة الاجتماعية يكمن في تأمل ودراسة وتحليل الواقع اليومي للحياة الاجتماعية، التي تقوم أساسا على العلاقات القائمة على التفاعل المتبادل، فهي تدرس المعاني المعاشة للتجربة الإنسانية. من خلال وصفها وتفسيرها بعمق.

ترى الظاهرية أن الظواهر الاجتماعية هي عبارة عن "مجموعة من المفاهيم المرتبطة بالشعور العام، وتلك المفاهيم هي التي تتكون لدى الأفراد أو التي يكوّنها الأفراد حول العالم، وحول بعضهم، وذلك من خلال صور التفاعل والعلاقات القائمة فيما بينهم خلال حياتهم اليومية"<sup>2</sup>، تقوم هذه النظرية على أن الوعي هو الذي يُنشئ الواقع، ومن ثمة فإنه ولفهم الواقع لا بد من فهم الوعي الذي يصوغه، كما أن فهم الظاهرة الاجتماعية لا يكون إلا من خلال تغلغل الباحث السوسولوجي في أعماقها ومعرفة ماهيتها.

لذلك فقد حرص هوسرل على ضرورة استخدام المنهج الاستقرائي "الذي يعتمد على الوعي والعقل والإدراك والخبرة التي تبعدنا عن أخطاء متعددة... ورأى من الضروري السعي لتقصي الحقيقة والمعرفة الصحيحة... ويدعوا إلى ضرورة الاهتمام بعالم تجاربنا الأصلية وبنظرتنا المباشرة لهذا العالم، وهذا ما يؤكد عليه بعالم الحياة الذي يعتمد أساسا على خاصية الوعي التي تقوم على القصديّة"<sup>3</sup>

<sup>1</sup>معن خليل عمر، نظريات معاصرة في علم الاجتماع، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، 1997، ص 243.

<sup>2</sup>السيد علي شتا، التفاعل الاجتماعي والمنظور الظاهري، ط1، الاسكندرية، المكتبة المصرية، 2000، ص 245.

<sup>3</sup>عبد الرحمن عبد الله محمد، النظرية في علم الاجتماع - النظرية السوسولوجية المعاصرة - مصر، دار المعرفة الجامعية، 2002 ص ص 215 216.



كما أن عالم الحياة بالنسبة له هو عبارة عن محصلة للقيم المعان والنشاطات التي يقوم بها الأفراد " هو عالم معان وقيم وإن الإنسان قد ساهم في تشكيله من غير وعي، ويكشف أنه عالم ناتج عن تجارب الآخرين أو من أفراد لهم نفس النشاطات الواعية، فالعالم -عالم الحياة- يظهر من خلال ما يكتشفه الإنسان أو يرده إلى الوعي الخالص، وهو عالم بيني وذاتي وما يسمى بعالم الرد أي الرجوع إلى الذات الواعية"<sup>1</sup>

استخدم هوسرل مفهوم الماهية ليعني بها " العنصر الثابت الباقي للموضوع أو السمات الضرورية للموضوع، والتي يؤدي حذفها إلى إخفاء الموضوع نفسه"<sup>2</sup> فهي العناصر الأساسية الثابتة التي لا تتغير وتؤدي إلى حدوث الظاهرة بمواصفات معينة، كما أن غياب هذه الأساسيات يؤدي إلى غياب الظاهرة من أصلها.

<sup>1</sup> عبد الرحمن عبد الله محمد، مرجع سبق ذكره، ص 216

<sup>2</sup> السيد علي شتا، مرجع سبق ذكره، ص 242.

### 3- البنائية الوظيفية عند تالكوت باسونز\* :

انطلقت البنائية الوظيفية من انتقاد النموذج المثالي للبيروقراطية وما يترتب عن تطبيقه من جوانب سلبية، وتتمثل هذه الجوانب السلبية أساساً في المعوقات الوظيفية حيث أن الأفراد داخل التنظيم مجبرين على إتباع قواعد واستجابة محددة اتجاه مواقف معينة، وهم يعممون هذه الاستجابة على مواقف متشابهة وبالتالي تحدث النتائج غير المتوقعة، وهي بصفة عامة تدرس التنظيمات ضمن فكرة النسق الاجتماعي " أي تلك العناصر التي يسود بينها نوع من الاعتماد والتساند المتبادل إذ أن كافة الأنساق يجب أن تعمل من أجل الحصول على حلول لمجموعة من المشكلات حتى يكتب لها البقاء، هذه المشكلات تتعلق بالتوافق، وتحقيق الهدف والتكامل وتدعيم النمط وكل مستوى في التنظيم له مشكلاته<sup>1</sup> كما أن دراستها للعلاقات تتسم بالشمولية والعموم، كما ترى أنه لا يمكن دراسة ولا فهم وتفسير النسق " إلا في ضوء تحليل العلاقات بين مكونات ذلك النسق (أي الأنساق الفرعية التي يتكون منها)<sup>2</sup>

ترى البنائية الوظيفية بأن الأفراد " يمارسون أنواعاً شتى من الأفعال، وأثناء أدائها يتبادلون العلاقات فيما بينهم، وإذا رأى أنه من الضروري المحافظة على هذه العلاقات الاجتماعية فلا بد من وجود أنواع أخرى من النشاطات الجزئية التي تكون هادفة إلى الحفاظ على الكل.<sup>3</sup>

من أبرز رواد هذه النظرية تالكوت باسونز الذي اعتبر التنظيم مثله مثل النسق هو عبارة عن نسق اجتماعي لكن التنظيم يختلف عن المجتمع بالوضوح

\* بالرغم من أن إسهامات باسونز في دراسة التنظيمات تكاد تكون منعومة، إلا وأنه من خلال نشره لمقالين تضمننا مجموعة من الآراء البنائية الوظيفية حول التنظيمات قدم وجهات نظر مهمة ساهمت في دراسة التنظيمات.

<sup>1</sup> محمد علي محمد، دراسة في علم الاجتماع التنظيم، ط2، مصر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1975، ص 17.

<sup>2</sup> كريمة صافر، مقدمة في علم الاجتماع، الجزائر، النشر الجامعي الجديد، 2016، ص 173.

<sup>3</sup> عمران كامل محمد. المدارس الاجتماعية المعاصرة، الجزء الأول. منشورات جامعة دمشق. كلية الآداب والعلوم الإنسانية، 2003.

النسبي لأهدافه إذ أوضح أن " التنظيمات تتميز بأنها وحدات اجتماعية لديها أهداف محددة وواضحة نسبياً تسعى إلى تحقيقها، وأن تحقيق هذه الأهداف يفرض وجود إجراءات تنظيمية تضمن تحقيق هذه الأهداف"<sup>1</sup> والذي يعرف النسق الاجتماعي بأنه " جمع من الأفراد الفاعلين الذين يتفاعلون مع بعضهم البعض في موقف له جانب فيزيقي بيئي، ويكونون مدفوعين بميلهم للإشباع الأمثل لاحتياجاتهم، وتتحدد علاقاتهم بمواقفهم في ضوء رموز مشتركة محددة ثقافياً"<sup>2</sup> أي أن الأفراد الفاعلين داخل النسق الاجتماعي يسعون من أجل تحقيق هدف أساسي ألا وهو تلبية حاجاتهم، إذ تجمعهم علاقات تنتج عنها مواقف يتصرفون وفقاً لها بالاستناد إلى ثقافتهم، كما يرى بارسونز أن أنساق الفعل هي عبارة عن نظام مركب من المعاني الثقافية فالحياة الاجتماعية هي عبارة عن محصلة لأفكار البشر، التي تتحكم فيها معاييرهم وقيمهم " فالمعايير هي تلك القواعد المقبولة اجتماعياً التي يستخدمها البشر في تقرير أفعالهم، أما القيم فأفضل وصف لها هو أنها ما يعتقد به البشر عما يجب أن تكون عليه الحياة، وهي أيضاً لها تأثير في تحديد أفعال البشر. وأهم العمليات عند بارسونز هي عملية توصيل المعاني، أي توصيل الرموز والمعلومات"<sup>3</sup>، كما أن الفعل الاجتماعي هو بحد ذاته عبارة عن نسق لا يمكن فهمه إلا من خلال تحليله تحليلاً نسقياً موضوعياً.

ولما كانت ثنائية الفعل والفاعل حتمية لا يمكن فصلها إذ لا يمكن أن نجد فعلاً دون فاعل فالفعل "يشتمل في نظره على فاعل، وهدف يوجه إليه الفعل وموقف يتضمن بدوره بعض العناصر التي يستطيع الفاعل أن يوجهها ويسيطر

<sup>1</sup> السيد الحسيني، مرجع سبق ذكره، ص 76.

<sup>2</sup> سوينغود آلان، النظرية في علم الاجتماع، ترجمة السيد عبد العاطي السيد، الأزاريطة. مصر، دار المعرفة الجامعية، 2005. ص 323.

<sup>3</sup> كريب إيان، النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس، ترجمة محمد حسين غلوم، مراجعة محمد عصفور، الكويت، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1999. ص 67.

عليها. وفي داخل كل موقف هناك دائما اختيار لوسائل بديلة أو ما يسميه بارسونز بالتوجيه المعياري للفعل"<sup>1</sup>

وبذا يكون الفعل البارسونزي مكون من عديد العناصر التفصيلية، وهي الإطار المرجعي للفعل الذي ينطوي على ما يلي:<sup>2</sup>

أ/ فاعل: وهو الذي يستهدف غايات ويصطنع وسائل لبلوغ هذه الغايات وبالتالي يمكن أن يكون فردا أو جماعة أو مجتمعا.

ب/ موقف: وهو يتضمن مجموعة متنوعة من المنبهات الممكنة، وبصفة خاصة يتمثل في موضوعات وأشياء فيزيقية واجتماعية يرتبط بها الفاعل.

ج/ توجيه الفاعل إزاء الموقف: وهي تتمثل في الرموز والقيم والمعايير والقواعد التي تتحكم في توجيه الفاعل، وتتحدد علاقته بغيره من البشر وبيئته الفيزيقية والاجتماعية والتي تضي على الأفعال معنى معيناً، أي هي تصورات لما هو مرغوب فيه أو ما هو مرغوب عنه اجتماعياً.

ركزت البيروقراطية على تحليل الوظائف الظاهرة في النموذج المثالي للتنظيم لكن البنائية قامت بالتحليل من خلال الوظائف الظاهرة والكامنة، كما أن تحليلها كان ماكروسوسيولوجي، لكن هذا لا ينفي أنها أشارت أنه للوصول إلى هذا التحليل لا بد من تحليل فكر وعواطف الأفراد داخل النسق لمعرفة الوظائف الظاهرة والكامنة وبالتالي فإنها تقر ولو ضمناً أن للأفراد تأثير على وظائف النسق ككل، فلو كان النسق ككل هو الذي يحدد سلوك الأفراد لما كان هناك انحراف عن المعايير، فالانحراف عن المعايير " يوجد عندما لا تقوم الأهداف الثقافية السائدة المسيطرة مع الوسائل المعيارية الشرعية أو أحدهما بتنظيم سلوك الفاعلين داخل النسق

<sup>1</sup> سوينغود الآن، مرجع سبق ذكره، ص 321.

<sup>2</sup> ليندة العابد، مرجع سبق ذكره، ص 159، 160.

الاجتماعي"<sup>1</sup>، ولبقاء النسق يجب عليه ضمان المتطلبات الأربعة المتمثلة في المواءمة والتي تتمثل في توفر كل الإمكانيات البشرية والمادية، تحقيق الأهداف التي تتحقق من خلال توفير مطلب المواءمة، التكامل الذي يتمثل في علاقات التعاون والتنسيق بين الوحدات، والكمون الذي يشير إلى تدعيم النمط، واحتواء التوترات التنظيمية واستيعابها.

---

<sup>1</sup> تيرنر جونثان، بناء نظرية علم الاجتماع، ترجمة محمد سعيد فرح، ط 2، الإسكندرية، منشأة المعارف، 2000، ص 89.

4- ما بعد البنيوية عند بيير بورديو:

ينطلق ما بعد البنيويين من فكرة أن: "تتشكل الهوية والحقيقة عن طريق الخطاب، فالخطابات هي طرق لتمثيل العالم، وعندما تأخذ شكل مادي فإنها عادة ما تفعل ذلك كاللغات والصور المستخدمة في النصوص"<sup>1</sup>، ومن بين علماء الاجتماع الذين تبنا هذه النظرية والذي كان له إسهاما كبيرا في السوسيولوجيا المعاصرة عالم الاجتماع الفرنسي بيير بورديو.

ولد بيير بورديو سنة 1930 بدونغان الفرنسية، عين أستاذا بثانوية مولان سنة 1955، درس بكلية الأدب في الجزائر العاصمة من سنة 1958 إلى 1960، بعدما كان قد أتى إلى الجزائر سنة 1955 لأداء الخدمة العسكرية، ليقوم بعد ذلك بدراسات إثنوغرافية في منطقة القبائل، وفي ليل الفرنسية من 1961 إلى 1964، ومنذ 1964 في مدرسة الدراسات العليا في العلوم الاجتماعية، في 1981 أصبح أستاذا لعلم الاجتماع في كلية فرنسا، موازاة مع ذلك كان مديرا للدراسات بالمدرسة العليا للعلوم الاجتماعية، مديرا لمركز علم الاجتماع الأوروبي، ويدير مجلة أفعال البحث في العلوم الاجتماعية منذ إنشائها سنة 1975، توفي بيير بورديو في 23 جانفي 2002<sup>2</sup>، تاركا أكثر من 35 كتابا و400 مقالا.

انطلق بيير بورديو من أفكار علماء الاجتماع الذين سبقوه ناقدا إياها ومتجاوزا لها حيث انطلق من " أفكار نقدية للفلاسفة، والبنائيين خاصة تلك المتعلقة بالآباء الثالث المؤسسين لعلم الاجتماع ماركس، فيبر ودوركايم، رسم بيير بورديو الخطوات والمفاهيم من أجل إعادة تعريفها وتجاوزها"<sup>3</sup> هذا ما جعله يركز على " كيفية تجدد البنات، وكيفية إعادة إنتاجها، فضلا عن التركيز على سلوك الفاعلين باعتبارهم

<sup>1</sup> جونز فيليب، النظريات الاجتماعية والممارسة البحثية، ترجمة محمد ياسر الخواجة، مصر العربية للنشر والتوزيع، 2010، ص

<sup>2</sup> Patrice bonnewitz. Premières leçons sur la sociologie de P. Bourdieu. Presses universitaires de France. 2<sup>e</sup> édition.1998. p p 4-5 se comporter.

<sup>3</sup> Ibid , p 11.

مسئولين عن إعادة إنتاج أوضاعهم"<sup>1</sup> حيث طور العديد من المفاهيم أبرزها الهابيتوس " نسق الاستعدادات المكتسبة وتصورات الإدراك والتقويم والفعل التي طبعها المحيط في لحظة محددة وموقع خاص"<sup>2</sup>، رأس المال الثقافي، العنف الرمزي\*، الحقل ( الحقل الجامعي، الحقل الأدبي، ... ) وهذه الحقول هي فضاء للصراع والسلطة والهيمنة، حيث يكون الفاعلون فيها كما في لعبة الشطرنج، كل يتصرف على حسب موقعه، فهو من أطلق مفهوم اللعبة الذي استخدمه ميشال كروزيه في دراساته، كما استخدم مفهوم استراتيجية لكن بطريقة مغايرة نوعا ما لما استخدمه ميشال كروزيه\*\* حيث اعتبر " أن الفعل لا يتم احتسابه بوعي على نطاق كبير، ولا يكون محكوما بقواعد مشددة، بل هو ارتجال مبني بشعور عملي، وليس حسابا معقولا"<sup>3</sup> فهو يرى بأن الفعل الإنساني ينجم عن شعور عملي بالأشياء والذي يكون ضمن ظروف معينة تبعا للزمان والمكان.

أما الحقل فهو " شبكة علاقات موضوعية بين أوضاع اجتماعية مختلفة تعرف موضوعيا في إطارها الوجودي، ومن خلال التحديدات المفروضة على من يحتلونها، وشكل بناء توزيع القوة أو رأس المال"<sup>4</sup>. وبالتالي فإن الحقل عبارة عن شبكة علاقات تتحدد وفقا للرأسمال والقوة التي يمتلكها الفرد، ووفقا للإكراهات التي تفرضها هذه العلاقات، إضافة إلى أن هناك مسافات بين هذه العلاقات وذلك وفقا لكل طبقة إذ يرى بورديو أن المكان الاجتماعي يتألف من " مجموعة أوضاع

<sup>1</sup>صيام شحاتة، النظرية الاجتماعية من المرحلة الكلاسيكية إلى ما بعد الحداثة، ط1، مصر العربية للنشر والتوزيع، 2009، ص177.

<sup>2</sup>كريمة صافر، مرجع سبق ذكره، ص 180.

\* يقصد بورديو بهذا المفهوم خضوع فئات معينة في ضوء بني اجتماعية محددة، وهو ناتج عن التشويه الثقافي.

\*\* انظر الفصل الخاص بالتحليل الاستراتيجي عند ميشال كروزيه.

<sup>3</sup>سكوت جون، خمسون عاما اجتماعيا أساسيا -المنظرون المعاصرون- ترجمة محمود محمد حلمي، ط1، بيروت لبنان، الشبكة العربية للأبحاث والنشر، 2009 ص 117.

<sup>4</sup>محمد عبد الكريم الحوراني، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، ط1، اريد الأردن، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، 2008 ص 78.

اجتماعية متميزة عن بعضها، وهي تترجم في إطار العلاقات إلى مسافات تفاضلية تحدد الأوضاع المختلفة، بحيث تقابل كل طبقة أوضاع، طبقة سجايا وأذواق مرتبطة بجملة الشروط الاجتماعية المرتبطة بالوضع إن الفوارق في الممارسات والخبرات المقتناة، والآراء المعبر عنها تتحول إلى فوارق رمزية وتؤلف لغة حقيقية.<sup>1</sup>

يعرف بيير بورديو الفعل بأنه " المزوجة في الحركة التي ينجزها كل كائن بين الكينونة والتغير، سواء أكان التغير أثناء الإنجاز أم حصيلة التغير المنجز.<sup>2</sup> فالفعل يخضع لطبيعة الموقف وتغيره.

إن مجموع الأفعال تنتج "المنظومات الرمزية" التي "تتباين أساسا حسبما إذا كانت من إنتاج الجماعة بكاملها، وبالتالي ما إذا كانت الجماعة كلها تمتلكها، أو ما إذا كانت، على العكس من ذلك، من إنتاج ثلثة من المتخصصين، أو بكيفية أدق من إنتاج مجال إنتاج وتوزيع يتمتع باستقلال نسبي"<sup>3</sup> إذ يرى بورديو أن المنظومة هي نتاج نظم معينة مهيمنة ويتم قبولها وتوارثها دون مقاومة من الأفراد، حيث يؤكد على أن جميع الرموز والممارسات الثقافية من طريقة لباس أو أكل، وحتى الفلسفة والدين تكرر التمايز الاجتماعي.

أتى بيير بورديو بمفهوم السلطة الرمزية التي يعني بها القدرة "على تكوين المعطي عن طريق العبارات اللفظية، ومن حيث هي قدرة على الإبانة والإقناع، وإقرار رؤية عن العالم أو تحويلها، ومن ثمة قدرة على تحويل التأثير في العالم وبالتالي تحويل العالم ذاته، قدرة شبه سحرية تمكن من بلوغ ما يعادل ما تمكن من

<sup>1</sup> محمد عبد الكريم الحوراني ، مرجع سبق ذكره، 2008 ، ص 79.

<sup>2</sup> بيير بورديو ، جان كلود باسرون، إعادة الإنتاج - في سبيل نظرية عامة لنسق التعليم - ترجمة ماهر تريمش - ط1، بيروت لبنان، مركز دراسات الوحدة ، 2007، ص 387.

<sup>3</sup> بيير بورديو ، الرمز والسلطة، ترجمة عبد السلام بن عبد العالي، ط3، الدار البيضاء المغرب دار تويقال للنشر، 2007، ص 54.



القوة ( الطبيعية أو الاقتصادية ) بفضل قدرتها على التعبئة<sup>1</sup> من خلال صياغته لمفهوم السلطة الرمزية وسع بورديو فكرة المصلحة الاقتصادية لتشمل أيضا الثقافة بوصفها عبارة عن رأس مال قابل للتراكم والتبادل والممارسة، كما أنه لا يمكن فصل المصلحة المادية عن الثقافة لأن الوعي الثقافي لهذه المصلحة هو من يدفع الفرد للسعي نحو تحقيقها، ومن ثمة فإن الثقافة هنا " ليست الثقافة المعرفية فحسب كما يذهب بعض من يتعرضون لمعنى الثقافة. فنحن نمتد بمعنى الثقافة إلى الآفاق المتباينة التي تتسع لها الخبرة البشرية"<sup>2</sup>.

السلطة الرمزية هي شكل من العديد من أشكال السلطة " من عهد إليه أن يكون ناطقا باللسان لا يستطيع أن يؤثر عن طريق الكلمات على أعضاء آخرين، ويؤثر عبر أعمالهم، على الأشياء ذاتها، إلا لأن كلامه يكثف الرأسمال الرمزي الذي وفرته الجماعة التي فوضت إليه الكلام ووكلت إليه أمر النطق باسمها وأسندت إليه السلطة"<sup>3</sup> وبالتالي فإن السلطة الرمزية للفرد وخطابه ولغته ليست سلطة خاصة به، وإنما استمدها من الجماعة التي تفوض له الكلام والنطق باسمها حيث يرى بورديو أنه "لا توجد أفكار خالصة فالمنتجات العقلية ( الفلسفة والأيدولوجيات وكذلك الأدب والخيال والإبداع) هي انبثاق لبنيات اجتماعية من عصرها."<sup>4</sup> فالبيئة الاجتماعية هي التي تحدد التفكير ونوعيته، وفي هذا الصدد يرى ميشيل فوكو أنه لا توجد سلطة " تمارس دون انتزاع وتملك وتوزيع أو احتجاز لمعرفة ما. على هذا

<sup>1</sup> بيير بورديو ، الرمز والسلطة، ص ص 55،56.

<sup>2</sup> فرج عبد اللطيف حسين، الفرد وما يحتاجه، عمان الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2007، ص 255.

<sup>3</sup> بورديو بيير، الرمز والسلطة. مرجع سبق ذكره، ص 59.

<sup>4</sup> فيليب كابان ، جان فرنسوا دورتييه ، علم الاجتماع من النظريات الكبرى إلى الشؤون اليومية أعلام وتواريخ وتيارات، ترجمة إياس

حسن، ط1، دار الفرقد دمشق سوريا، 2010، ص 213.

المستوى، لا توجد المعرفة من جهة والمجتمع من جهة أخرى أو العلم والدولة، بل الأشكال الأساسية لـ السلطة-المعرفة<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> ميشيل فوكو ، دروس ميشيل فوكو - 1970، 1982- ترجمة محمد ميلاد، ط1 المغرب الدار البيضاء، دار توفيق للنشر، 1988 ص 13.

5- النزعة الفعلية عند ريمون بودون:

ريمون بودون هو عالم اجتماع فرنسي ولد سنة 1934 بباريس وتوفي سنة 2013، من مؤلفاته: عدم تكافؤ الفرص Inégalité des chances، الأفعال والآثار المنبثقة Action et effets émergents، المعارف والأفكار المكتسبة Sens des connaissances et idées reçues، الشعور بالقيم والأخلاق Démocratie et libéralisme، الديمقراطية والليبرالية valeurs et morale، الأسباب والنظرية العامة للعقلانية Raisons et théorie générale de la rationalité.

انطلق ريمون بودون من نقده للنظريات الماكروسوسولوجية لأنها "لم تنتظر للفرد إلا بوصفه نقطة عبور للأفكار الجماعية حيث تحدد طموحاته ورغباته عبر محيطه الاجتماعي"<sup>1</sup> لكنه لم ينكر إسهاماتهم في اعتبار الفرد كفاعل اجتماعي وهذا من خلال أعمال ماكس فيبر وتوكفيل، فهو يرى أن دراسة الظاهرة الاجتماعية تبدأ من تحليل تفاعل الأفراد أو الفاعلين، لأنها في حقيقتها هي محصلة لأفعال ومواقف ومعتقدات الأفراد، في هذا الإطار استخدم مفهوم الفردانية المنهجية ليعتبرها طريقة تفسيرية، ليغير بعد ذلك هذا المفهوم ويستبدله بمفهوم "النزعة الفعلية" لأنه وقع فهم خاطئ للفردانية المنهجية بأنها تؤدي إلى رؤية نفعية، فقد قال في مقابلة أجريت معه: "هناك خطأ آخر هو التفكير بأن النزعة الفردية المنهجية تعني تفسير السلوك البشري بطريقة تقول بالنفعية... وبغية تجنب هذا الخلط فقد اقترحت مؤخرًا الكلام عن النزعة الفعلية بدلا من النزعة الفردية المنهجية"<sup>2</sup>، كما يمكن في بعض الحالات اعتبار جماعة على أنها شخص، إذ أنها تمتلك آليات القرار الجماعي.

<sup>1</sup>Raymond Boudon, individualisme et holisme en sciences sociales, Paris, edition PFPS, 1991, P 49.

<sup>2</sup>فيليب كابان ، دورتيه جان فرنسوا، مرجع سبق ذكره، ص 200.

تقوم أفكار بودون على مجموعة من المسلمات ألا وهي العقلانية\*، الأدواتية الأنانية، التوسع الأقصى، حيث يرى أن "الأعمال الفردية التي تستأثر باهتمام العلوم الاجتماعية هي تلك التي تسببت بها في الأساس مبررات قائمة في أذهان الفاعلين الاجتماعيين، إنها مسلمة العقلانية"<sup>1</sup>، هذه المبررات التي يضع من خلالها الفرد نتائج أعماله وفقا لتصوره في سلم الأولويات، ويكون الأشخاص وفقا لمسلمة الأنانية "معنيين جوهريا بما تعود به أعمالهم عليهم وعلى أقربائهم من نتائج أعمالهم"<sup>2</sup> وباستطاعة الفاعلين تقدير المداخل وبالتالي إجراء توافق لها مع التكاليف وبالتالي الوصول إلى توسيع الأرباح.

استخدم بودون مفهوم "حرية الفاعل" ليستبدلها بعد ذلك بمفهوم "استقلالية الفاعل" لأنه يرى بأنه المفهوم الأقرب إلى عقلانية الفاعل، إضافة إلى أن هذه الاستقلالية "تمارس داخل نظام من الضغوط الواضحة تماما"<sup>3</sup>، وبالتالي فإن بودون يقر بوجود ضغوط وإكراهات على فعل الفاعل تمارس عليه من البنى التي تحمل مجموعة من القوانين والأنظمة، لكن هذا لا يعني أن سلوكه هو نتيجة لهذه الضغوط "إن الذرة المنطقية للتحليل السوسيولوجي هو الفاعل الفردي وهذا الفاعل لا يتحرك في فراغ مؤسساتي واجتماعي ولكن مجرد أن يكون فعله واقعا في سياق من الضغوط أي من الوحدات التي يجب أن يقبلها كمعطيات مفروضة عليه لا يعني أنه يمكن أن نجعل من سلوكه النتيجة الحتمية لتلك الضغوط"<sup>4</sup>، كما يعرف

\* إن العقلانية هي مفهوم مرتبط من وجهة نظر الفاعل وسلوكه وفقا لمعطيات الموقف.

<sup>1</sup> ريمون بودون، أبحاث في النظرية العامة في العقلانية - العمل الاجتماعي والحس المشترك - ترجمة جورج سليمان، ط1، بيروت، المنظمة العربية للترجمة، 2010، ص 88.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، 2010، ص 88.

<sup>3</sup> كاباتان فيليب، دورتيه جان فرنسوا، مرجع سبق ذكره، ص 203.

<sup>4</sup> Raymond Boudon, la logique du social, introduction à l'analyse sociologique, Paris, Hachette/Pluriel, 1997, P 52..

بودون الفعل بأنه" تصرفا قسديا، أي إنه سلوك يرمي بشكل واع ومتعمد إلى بلوغ غاية معينة، بيد أن بعض التصرفات البشرية ليست أفعالا، ويكفي أن نذكر مثال الحركات الانعكاسية إن مفهوم الفعل يفترض مسبقا بأن يتمتع الفاعل بدرجة ما من الحرية في خياراته وألا تكون تصرفاته محددة بشكل وثيق بقوى نفسية أو اجتماعية لا قدرة له عليها"<sup>1</sup> من خلال هذا التعريف استثنى بودون من الفعل الحركات الانعكاسية والإكراه المطلق على تصرفات الأفراد، إذ لا بد من توفر الحرية أو كما أسماه فيما بعد بالاستقلالية لاعتبار أي تصرف بأنه فعل، ومن ثمة يجب دراسة الظواهر الاجتماعية من خلال دراسة الأفعال التي تنتج من الأفراد وعدم دراسة ما هو ظاهر فقط، لأن الظاهرة الاجتماعية تنشأ من "أثر التجميع" والذي يقصد به بودون أن أصل تكون الظاهرة هو تجمع الأفعال لتحدث أثرا ماكروسوسولوجي يستقر الباحث لدراسته، لكن بالتأكيد أن هذه الأفعال على مستوى الميكرو لم تكن تحدث بهذا النمط بهدف تكوين ظاهرة ما، وإنما تنشأ نتيجة التجميع، حيث لم يكن أيا من الفاعلين يقصد من وراء التصرف بهذا السلوك إنتاج هذه الظاهرة، ولتأثير التجميع عدة أنواع "تأثيرات تكميلية، تأثيرات ردود فعل تسلسلية، تأثيرات جمعية تأثيرات إعادة إنتاج، تأثيرات تناقضية،.. إلخ"<sup>2</sup> ويقدم بودون من خلال تحليل ماركس لسلوك رجال الأعمال مثلا حول أثر التجميع "حيث يسعى كل واحد منهم إلى زيادة إنتاجيته للتخفيض في الكلفة على اعتبار أن ذلك يؤدي إلى زيادة الفائض، ولكن الأمر المفارق هو الانخفاض المطرد لأرباحهم - ولكي يبلغ رجل الأعمال مبتغاه - فإن عليه أن يعيد استثمار أرباحه بشكل متواصل وهو ما يؤدي إلى انبثاق أثر

<sup>1</sup> بودون ريمون، رينوفيول، الطرائق في علم الاجتماع، ترجمة مروان بطش، بيروت لبنان، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ط1، 2010، ص 72.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 95.

معين هو أنه عوض أن تزيد الأرباح فإنها تتخفض، ويظل الرأسمالي محكوما بهذه اللعبة مثله مثل البقية رغم أن كلا منهم قد فكر لوحده ولم يطمع لإنتاج هذا الأثر<sup>1</sup>

أشار بودون إلى جانب مهم من الفعل الاجتماعي ألا وهو "غير المتوقع" أو الصدفة، والتي لطالما نفتها العلوم الاجتماعية فهي تعتبر "المصادفة ضيفا غير مرغوب فيه. إنها في كل مكان إلا أن هناك على وجه العموم جهدا لإخفائها ونسيانها عند الاقتضاء، ونفي وجودها. وتختلف الآراء حول نمط الكون الذي من الملائم إعطاؤه لها. بعضهم يعطيها وجودا وموضوعية، غير أن الأغلبية يرون فيها مجرد نتاج جهلنا: لدينا الانطباع أن ظاهرة ما غير محددة جزئيا لأننا لا نتمكن من الوصول إلى جميع «البديلات» التي تحدد هذه الظاهرة وحسب... ليست المصادفة في الواقع موجودة وحسب، بل المهم الاعتراف بوجودها إذا أردنا تحليل عدد كبير من الظواهر<sup>2</sup>، وبذلك فهو يقول بوجود الصدفة وإمكانية تأثيرها في الثنائية سبب/نتيجة لكن لا يمكن اعتبارها كمتغير أو مجموعة متغيرات، بل هي بنية مميزة لبعض مجموعات السلاسل السببية مثلما تظهر للملاحظ " فالمصادفة ليست إذن لا شيء. إنها شكل خاص يمكن أن تتخذه مجموعات التنسيقات سبب-نتيجة كما تظهر لمراقب حقيقي. بعض هذه التنسيقات له شكل ترتيب كامل (عود الثقاب يؤدي إلى الحريق، والحريق يستدعي وجود الإطفائيين) وبعضها الآخر له شكل ترتيب جزئي (عود الثقاب يؤدي إلى الحريق، ويؤدي كذلك إلى صرخة ألم لمن يمسك به) وبعضها أيضا يحوي ارتباطات محتملة: «السلسلة أ سبب ب سبب ج» تنمو في الوقت عينه مع السلسلة « ص سبب ط سبب ظ»؛ إلا أنه يتعذر تحديد ما إذا كان هناك تزامن بالأحرى بين ب وظ أو بين ب وط أو بين ج وظ لا يمكن إذا

<sup>1</sup>Raymond Boudon, la logique du social, op cit, P P 122 123.

<sup>2</sup>ريمون بودون، موضع الفوضى، ترجمة منصور القاضي، ط1، لبنان، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 1999، ص 206 207.

تحديد أي من هذه الأحداث الثلاثة ب ص أو ب ض أو ج ض سيتحقق والحال أن الأحداث الثلاثة يمكن أن تكون لها نتائج مختلفة جدا<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> ريمون بودون، موضع الفوضى، مرجع سبق ذكره، ص 212.

6- سوسيولوجيا الفعل عند آلان توران:

آلان توران عالم اجتماع فرنسي من مواليد سنة 1925، اهتم بدراسة الحركات الاجتماعية، كما أنه طور مفهوم مجتمع مابعد الصناعي، له عدة مؤلفات منها سوسيولوجيا الفعل (1965)، من أجل علم الاجتماع (1974)، نقد الحداثة (1992)، ماهي الديمقراطية؟ (1994) براديجما جديدة: من أجل فهم عالم اليوم (2005)،

يربط توران فكرة الحداثة بالعقلنة حيث التخلي عن إحداها يعني رفض الأخرى، كما أن " التحديث يفرض تحطيم العلاقات الاجتماعية والمشاعر والعادات والاعتقادات المسماة بالتقليدية، وأن فاعل التحديث ليس فئة أو طبقة اجتماعية معينة وإنما هو العقل نفسه والضرورة التاريخية التي مهدت لانتصاره"<sup>1</sup> وبالتالي فإن العقلانية هي آلية ضرورية للتحديث، كما أن الفرد يجب أن يخضع لتعليم عقلاني " يحرره من الرؤية الضيقة واللاعقلية التي تفرضها عليه أسرته وانفعالاته الخاصة، ويفتح أمامه مجالاً للمعرفة العقلية والاشتراك في مجتمع ينظم نشاط العقل، وينبغي للمدرسة أن تكون مكاناً للقطيعة مع وسط النشأة وللانفتاح على التقدم بواسطة المعرفة والمشاركة في مجتمع قائم على مبادئ عقلية"<sup>2</sup>، كما أن درجة حداثة مجتمع ما تخضع للمعرفة التي ترتبط باللغة والتصور حول ماهو اجتماعي وماهو غير اجتماعي، والتراكم المرتبط بالعمل وبإنتاج العمل، والنموذج الثقافي.

أعاد توران تعريف علم الاجتماع " ليس كدراسة وحيدة للفاعل، الذي قد يحدد موضوع العمل توجهاته، بل كدراسة للعمل الاجتماعي، أي عمل كائن تاريخي

<sup>1</sup> آلان توران، نقد الحداثة، ترجمة أنور مغيث، مصر، المجلس الأعلى للثقافة، 1997، ص ص 30، 31.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 33.



تتحدد توجهاته بناء على مجموعة من الظروف الاجتماعية. فالحقيقة الاجتماعية في شموليتها، ينبغي أن تحلل كمجموعة من أنساق الأفعال<sup>1</sup>

من هذا المنطلق اهتم توران بدراسة الحركات الاجتماعية الذي يرى أن لها القدرة على صياغة وقلب مجريات التاريخ، فهو " يعتبر العمال فاعلين تاريخيين وأصحاب الحركات الاجتماعية الجديدة فاعلين جدد في إنتاج المجتمع وإعادة إنتاجه، ولهذا فصراع الطبقات لا يمكن أن يتحدد إلا بالنضال من أجل الرهان الأقصى المتمثل في قيادة العمل التاريخي"<sup>2</sup>

كما يعرف الحركات الاجتماعية بأنها " نمط خاص جدا من الصراع...إنها عمل تصارعي جماعي بواستطه يتصدى عنصر في طبقة لعنصر في الطبقة المعارضة من أجل الضبط الاجتماعي للتوجهات الثقافية ضمن الجماعة"<sup>3</sup>

وتضم هذه الحركات "ثلاثة عناصر أساسية، وهي الدفاع عن الهوية والمصالح الخاصة، ثم النضال ضد الخصم وأخيرا الرؤية العامة التي يتقاسمها الأفراد"<sup>4</sup>

كما وقد درس الفاعل الاجتماعي باعتباره غير منعزل عن الموقف الاجتماعي إذ يقول: " عندما أتحدث عن الذات أي عن بناء الفرد كفاعل يكون من المستحيل فصل الفرد عن موقفه الاجتماعي، ينبغي لنا على العكس أن نواجه الفرد كمستهلك للقواعد والمؤسسات الاجتماعية بالفرد كمنتج لهذه الحياة الاجتماعية وتغيراتها"<sup>5</sup> ومن ثمة فإنه يرى أن الفرد هو من ينتج المواقف والمؤسسات والقواعد، كما أنه يتأثر بها.

<sup>1</sup> بيار أنصار، العلوم الاجتماعية المعاصرة، ترجمة نخلة فريفر، ط1، بيروت، المركز الثقافي العربي، 1992، ص 52.

<sup>2</sup> عبد الرحيم العطري، الحركات الاحتجاجية بالمغرب - مؤشرات الاحتقان ومقدمات السخط الشعبي -، الرباط المغربي، دفاتر وجهة نظر، 2008، ص 35.

<sup>3</sup> بيار أنصار، مرجع سبق ذكره، ص 57.

<sup>4</sup> عبد الرحيم العطري، مرجع سبق ذكره، ص 35.

<sup>5</sup> آلان توران، مرجع سبق ذكره، ص 306.

7- التفاعلية الرمزية عند كولي وميد:

يعد العالم الأمريكي هربرت ميد ( 1863، 1931) المؤسس الأول للتفاعلية الرمزية، لديه العديد من المؤلفات فلسفة الفعل، العقل والذات والمجتمع، حركات العقل الاجتماعي، والتي تعتبر إسهاما كبيرا في العلوم الاجتماعية.

اهتمت التفاعلية الرمزية بالتحليل على مستوى الميكروسوسولوجيا حيث أنها أبقت "اهتماماتها على مستوى وحدة الفعل الصغرى شأن نظرية الاختيار العقلاني بيد أنها لا تهتم بقضية الاختيار بين سلم المفاضلات قدر اهتمامها بقضية تشكل المعاني"<sup>1</sup> فقد قامت على تحليل مجموعة من الأسس ألا وهي الذات والعقل، التفاعل الاجتماعي، والمعنى الرمزي، حيث يعتبر ميد أن الذات " عضو نشط An acting organization، وليس عنصر تبادلي سلبي يستقبل ببساطة الأشياء ويستجيب لها حسب نوعية الدافع Stimuli. كما أن الذات تتحدد بمفهوم آخر ألا وهو الفرد، ويمكن أن يظهر ذلك من خلال علاقات التبادلية مع الآخرين وبالمجتمع."<sup>2</sup> فالذات هي الفرد في تفاعله التبادلي لكن ليس تفاعلا سلبيا يقتصر على الاستقبال، وإنما تفاعلا إيجابيا يكون فيه أحيانا مؤثرا وأحيانا أخرى متأثرا، هذا التفاعل الذي يكون مع الذات ومع الآخر منتجة بذلك التفاعل الاجتماعي الذي يرتبط بالاتصال وبمجموعة من الأدوار والمعاني والتي تتغير بدورها حسب المواقف وحسب الجماعة وعضوية الفرد فيها\*، ويبدأ الفرد في التعرف على ذاته " من خلال أراء الآخرين فيه في سنوات حياته المبكرة، كما أن الذات تتكون من عنصرين أساسيين هما فاعل ومفعول، بحيث الأنا المفعول لا تتفصل عن الأنا الفعالة"<sup>3</sup>

<sup>1</sup>كريب إيان، مرجع سبق ذكره، ص 119.

<sup>2</sup>عبد الرحمن عبد الله محمد، مرجع سبق ذكره، ص 173.

\* هذه الفكرة طورتها النظرية الموقفية الحديثة في الإدارة بريادة هيرسي وبلانشارد التي تؤكد على عدم وجود طريقة واحدة مثلى يمكن اتباعها في المواقف، حيث أنها تعتمد على طبيعة عوامل الموقف المؤثرة فيها، وينطبق هذا المبدأ على القيادة.

<sup>3</sup>كريمة صافر، مرجع سبق ذكره، ص 198.

أما بالنسبة للمعنى الرمزي فإن ميد يعني بالمعنى الوعي فيرى أن الوعي " لا يشير فقط إلى العنصر الأول للفعل، بل أيضا يتضمن رمزا أو إشارة للفعل ككل The whole act. مثال على ذلك، إن الفرد الذي يقوم بالتدخين عندما يحاول البدء في إشعال سيجارته، فيدرك أو يعي ذاتيا ضرورة القيام بأعمال أخرى، حتى يتسنى لغير المدخنين أن يقوموا بفتح النوافذ أو ترك الحجرة، فهذا الإدراك سواء بالنسبة للمدخن أو غير المدخنين يسمى بالوعي الذاتي، والذي يشير بالإيماءات الأولى لحدوث عناصر الفعل الأولى<sup>1</sup> أما الرمز فيعرفه بأنه: "الدافع المرتبط بالاستجابة الذي يظهر بصورة أولية أو مقدما"<sup>2</sup>، ومن ثمة فإن المعنى الرمزي يرتبط بالرموز والإشارات وكذلك الدوافع التي تؤدي إلى حدوث الفعل.

وإذا ما أخذنا مفهوم السلطة نجد أن التفاعلية الرمزية قد أطلقت عليها مصطلح القوة، فنجد علماء التفاعلية الرمزية درسوها في سياق التفاعلات الاجتماعية، حيث اعتبروها هي الأخرى موضوعا رمزيا خاضع للتأويل والتفسير من قبل الأطراف التي تتم بينهم التفاعلات فهم يرون أن القوة "تعرف من خلال مؤشرات ورموز ومعان يحملها أطراف العلاقة، فصاحب القوة مثلا يعرف موقعه في العلاقة القائمة ويعلم أن بإمكانه أن يتحكم ويؤثر، والطرف الخاضع بالمقابل يعلم موقعه وأن عليه أن يقدم تنازلات أو يمارس الخضوع والإذعان، وعندما يعمق النظر في علاقات القوة القائمة والمستمرة يتبين أن المعايير التي يطورها المتفاعلون حتما في بناء العلاقة تمثل مصدرا أساسيا للمعاني المتداولة في العلاقة"<sup>3</sup>، فالقوة تمثل معيارا للحرية والقيود اللذين يرتبطان بالفاعل الاجتماعي.

<sup>1</sup> عبد الرحمن عبد الله محمد، مرجع سبق ذكره، ص 176-177.

<sup>2</sup> المرجع نفسه ص 177.

<sup>3</sup> محمد عبد الكريم الحوراني. مرجع سبق ذكره، ص 27.

من هذا المنطلق أتت إسهامات بيتر بلاو في هذا الجانب والذي أتى بفكرة التبادل والاستغلال حيث يقول: " إن الحديث عن الحياة الاجتماعية، إنما يعني الحديث عن الارتباطات بين الأشخاص فهم يرتبطون ببعضهم في الحب والحرب في التجارة والعبادة، في المساعدة والمنع، إنه في العلاقات الاجتماعية التي يؤسسها الأفراد حيث يجدون اهتماماتهم قد لقيت طريقها وأن رغباتهم أصبحت متحققة"<sup>1</sup> بالنسبة لبلاو فإن التبادل في العلاقات الاجتماعية هو الذي يؤدي إلى تحقيق الأهداف، لكن هذا لا يعني تحقيق الأهداف لجميع أطراف العلاقة، فهو يؤكد على أن هناك تفاوت في القوة هذا التفاوت في القوة يؤدي إلى فرض السيطرة والخضوع من قبل الشخص الذي يمتلكها، كذلك فإن السعي لتحقيق هذه الأهداف يكون عقلانياً ومقصوداً " فالأفراد دائماً ما يختارون ما يتناسب مع تحقيق أهدافهم، إننا نفهم من ذلك أن أفعال الفرد هنا مقصودة. وأن التصرفات وحتى المعتقدات لها ما يبررها في داخل إدراكات الأفراد. أنها وحسب تشير إلى الطريقة المثالية التي من خلالها يمكن تحقيق أهداف معينة في إطار موقف محدد"<sup>2</sup> هذه العقلانية التي استخدمها ميشال كروزيه في تحليله للعلاقات والتي أسماها بالعقلانية المحدودة.

إن الحديث عن القوة يدعونا للحديث عن الاستغلال، ومن ثمة عن القوة الاستغلالية التي لا تنتج فقط عن تقديم الأمور المادية فحسب وإنما تتجاوز ذلك للأمور غير المادية، فالشخص " الذي يمتلك قدرات معينة، يقدم من خلالها إسهاماً مميزاً لتحقيق أهداف الجماعة، فإنه يُحترم، ومن ثم فإن احترامه من قبل الآخرين يجعلهم يتبعون اقتراحه لأنهم يتوقعون من اتباع اقتراحه فائدة أكثر من اتباع اقتراح

<sup>1</sup> محمد عبد الكريم الحوراني ، تأويل الاستغلال في نظرية علم الاجتماع - العناصر التكميلية لنظرية سوسيولوجية في الاستغلال - عمان الأردن، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، 2010، ص 129.

<sup>2</sup> صيام شحاتة، مرجع سبق ذكره، ص 186.

واحد آخر أقل اعتباراً<sup>1</sup>، إن إتباع هذا الفرد لا يترتب عنه فقط الاحترام وإنما ينجم عنه كذلك الإذعان والخضوع من قبل الآخرين سواء كان ذلك يخدم المصلحة الشخصية للفرد الآخر أم لا، هذا النوع من القوة الناتج عن تقديم الخدمات أو المكافآت هو النوع الأكثر شيوعاً وبروزاً في علاقات التبادل بالنسبة لبلاو، الذي يرى أن هناك نوعاً آخر أقل انتشاراً ألا وهو القوة الجبرية الناجمة عن الجزاءات السلبية، وفي كلتا الحالتين ينتج الاستغلال والتبعية والإذعان، حيث يقول بيتر بلاو: يؤسس الشخص قوة على الأفراد عندما يزودهم بالخدمات المطلوبة، وإذا قدم للآخرين الخدمات التي يطلبونها بشكل منتظم ولا يستطيعون الحصول عليها من مكان آخر، فإن الآخرين يصبحون معتمدين وفي موضع إجبار له بسبب هذه الخدمات، وما لم يستطيعوا تزويد الآخر بخدمات تجعله معتمداً عليهم اعتماداً متبادلاً مساوياً لما يقدم هو، فإن اعتمادهم الأحادي الجانب يجبرهم على الخضوع لطلباته خشية أن يتوقف عن الاستمرار في تقديم الخدمات التي تقابل حاجاتهم، إن تزويد الآخرين بالمنافع الضرورية، هو بلا شك الطريقة الغالبة في تحقيق القوة عن طريق تهديد الآخرين بالحرمان من المنافع التي يحتاجونها باستمرار ما لم يرضخوا. والخوف من العقاب على الرغم من أنه يمارس أكثر القيود صرامة إلا أنه يخلق الاعتماد والتبعية<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> محمد عبد الكريم الحوراني، تأويل الاستغلال في نظرية علم الاجتماع – العناصر التكميلية لنظرية سوسيولوجية في الاستغلال- مرجع سبق ذكره، ص 132.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص ص 134، 135.

## 8- الصراع الاجتماعي عند لويس كوزر:

إن الدارس للصراع يجد أنه متأصل في التاريخ فهو ليس وليد عصر أو حقبة زمنية معينة، بل هو موجود منذ أن وجدت البشرية، ولعل أول صراع يمكن الحديث عنه هو صراع سيدنا آدم مع ذاته، وشهواته والتي كانت نتيجة خروجه من الجنة ونزوله الأرض، ليظهر صراعا آخر بين الإخوة والذي وصل لحد القتل والذي يمكن تعريفه في هذا الموقف بأنه "عملية تبدأ حينما يدرك أحد الأطراف أن الطرف الآخر يؤثر، أو سوف يؤثر سلبا على شيء ما يهتم به الطرف الأول"<sup>1</sup> وهكذا توالى الصراع ليكون حول الأرض، حول الثروة، ... لتظهر الدراسات حول هذا الموضوع، وإذا ما عدنا إلى بدايات هذه الدراسات نجد الماركسية التي درست الصراع في المجتمع الرأسمالي حول امتلاك وسائل الإنتاج بين الطبقة الرأسمالية والطبقة العمالية - البروليتاريا - لتأتي بعده نظريات وتقر بأن هناك طبقة متوسطة بين الطبقتين والمتمثلة في طبقة المثقفين، لكن الدارس للصراع يجد أنه ليس صراع طبقات فحسب وإنما يتعدى ذلك إلى الصراع داخل الطبقة الواحدة، وكذلك فهو غير مرتبط فقط بالثروة المادية وإنما أصبح صراعا تتحكم فيه اكتساب وسلطة المعرفة حيث يرى لويس كوزر\* أن الصراع "يحدث بين الأفراد، أو بين الجماعات أو بين الأفراد والجماعات، أو بين الجماعات وبعضها البعض، أو داخل الجماعة أو الجماعات ذاتها، حيث الصراع في حد ذاته أحد السمات الأساسية لجوانب الحياة الاجتماعية، وأن الحياة الاجتماعية التي نعيشها هي حياة يتفاعل خلالها الأفراد والجماعات، والمجتمعات، وأثناء التفاعل يحدث الصراع بين الأطراف المتفاعلة من

<sup>1</sup>ماجدة العطية، سلوك المنظمة سلوك الفرد والجماعة، عمان الأردن، دار الشروق، 2007، ص 261.

\*لويس كوزر عالم اجتماع أمريكي يعتبر من مؤسسي الماركسية المحدثه.

أجل التمتع بالقوة والنفوذ أو السيطرة الملكية المنقولة وغير المنقولة، أو إشغال المناصب والمواقع الإدارية والتنفيذية<sup>1</sup>.

كانت نظرة لويس كوزر للصراع انطلاقاً من نقده للنظرية البنائية الوظيفية\* التي أغفلت جانب الصراع في الحياة الاجتماعية، ونظرية رالف دراندروف عن الصراع التي حملت في بذورها أفكار كارل ماركس في التحليل، والذي اعتبر أن السلطة هي أساس نشوب الصراع باعتبارها وسيلة نادرة يتنافس من أجلها الأفراد، والتي أغفلت الوظيفة الإيجابية للصراع، فينطلق رالف دراندروف من فكرة " أن السلطة تعتبر وسيلة نادرة تتنافس بسببها الأفراد والجماعات والأنظمة الاجتماعية ومن ثم فهي المنبع الرئيسي للصراع داخل الأنماط التنظيمية، وهذا الصراع ما هو إلا انعكاس لتنظيم مجموعة أدوار الأفراد فيما يتعلق بالحصول على السلطة داخل أي نظام اجتماعي"<sup>2</sup>، وقد برز في نظريته فكر العالم الألماني جورج زيمل الذي بين الجوانب الإيجابية للصراع، وتأثير الوجدان والعاطفة في هذه العملية.

ينتج الصراع حسب كوزر نتيجة لمجموعة من الأسباب من بينها:<sup>3</sup>

- كلما شعرت الجماعة المحرومة والمسلوبة من حقوقها وأهدافها دفعها ذلك بالسؤال عن إعادتها ( أي إعادة توزيع المصادر النادرة كالسلطة والنفوذ والاعتبار والسمعة في الممارسة الفعلية للحقوق والواجبات).

<sup>1</sup> حجيلة رحالي ، الصراع في المؤسسات - وجه من أوجه العنف الكامن في المجتمع - الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2012، ص 07.

<sup>2</sup> ألف لويس كوزر سنة 1956 كتاباً حول وظائف الصراع الاجتماعي، والذي نظر فيه إلى الصراع من خلال نظرة بنائية وظيفية مبرزا بذلك وظائفه الإيجابية.

<sup>3</sup> رحالي حجيلة، مرجع سبق ذكره، ص 27.

<sup>3</sup> إحسان محمد الحسن ، النظريات الاجتماعية المتقدمة - دراسة تحليلية في النظريات الاجتماعية المعاصرة - ط1، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، 2005، ص ص 128-146 بتصرف.

-وهذا بدوره يزيد احتمال ظهور الصراع بينها وبين الجماعات المتسلطة والسالبة لحقوق وواجبات الجماعات الأخرى.

-كذلك قلنا قنوت تصريف وتنقيح الضغط الممارس من قبل الجماعة المتسلطة على الجماعة المسلوقة، دفعها إلى السؤال حول شرعية توزيع المصادر النادرة بشكل عادل ومتكافئ.

-كذلك قلنا قل الحرمان النفسي والعاطفي للجماعة من قبل الجماعة المتسلطة، وازداد كبحها لرغبات وحاجات الجماعة المسلوقة زاد احتمال الصراع بينهما.

-وكما قلنا نقلت أعضاء الجماعة المسلوقة من الصعود على السلم الاجتماعي، زاد احتمال الصراع بينها.

-كما ضعف تأثير أساليب التنشئة الاجتماعية على أعضاء الجماعات المحرومة وهنت القيود الداخلية على الأنا، ازداد احتمال معاناتهم نسبياً.

في هذه النقطة ( التنشئة الاجتماعية ) يمكن إبراز الصراع سواء أكان ظاهراً أو خفياً بين الرجل والمرأة، حيث أن المرأة مهما تقلدت من مناصب داخل المجتمع نجد أنها تضحي بالكثير من أهدافها وتبقى خاضعة لسلطة الرجل، وتبقى أولوياتها القيام بدورها على أنها ربة بيت لمصلحة زوجها وأولادها، حيث أن " النساء تم تكوينهن اجتماعياً لقبول معرفتهن بذاتهن بهذا الشكل، ووفقاً لأصحاب نظرية الصراع فإن هذا مثال واضح على معايير معينة وقيم معينة تعمل لصالح فئة واحدة من المجتمع وتقف ضد فئة أخرى فمن خلال الأفكار التي يتعلمونها فإن النساء قد يجبرن على قبول الدور الخاضع لسيطرة الرجال"<sup>1</sup> ومن هنا ينشأ "عندما يعتبر كل فرد، وكل مجموعة، نفسه بمثابة سلطة ذات سيادة لا ترى نفسها مسئولة إلا أمام

<sup>1</sup>جونز فيليب، مرجع سبق ذكره، ص 56.



ضميرها وأمام حسها الخاص بالشرف، فكيف يمكن الربط بين ما يراه كل واحد واجبا عليه القيام به حسب قانونه الخاص وبين ما ينتظره الآخرون منه<sup>1</sup> الملاحظ لما سبق يجد أن كوزر قد ميز بين نوعين من الصراع ألا وهما الصراع الداخلي الذي يكون بين الأفراد داخل الجماعة والصراع الخارجي والذي يؤدي إلى تقوية وحدة وتماسك الجماعة.

وقد قام كوزر بدراسة كل من وظائف الصراع والأضرار أو المعوقات أو الخلل الوظيفي *dysfonction* الناجم عن الصراع، وقد ذهب إلى أن الصراع بين جماعتين يمكن أن يؤدي إلى زيادة الترابط والتماسك الداخلي لكل جماعة، على سبيل المثال قد يؤدي الصراع والمنافسة إلى ترابط الأحزاب المتعارضة وزيادة تماسكها، وذلك عندما يؤدي الصراع إلى قيام الجماعات باندماج وتكوين التحالفات ضد العدو المشترك<sup>2</sup> أي أنه يمكن أن يكون فردين أو جماعتين في حالة صراع لكن قد يتحول هذا الصراع إلى تحالف إذا ما كانت هناك مصالح مشتركة ضد عدو مشترك.

<sup>1</sup> فيليب ديربيارن. منطق الشرف - إدارة المؤسسات والتقاليد الوطنية - ترجمة موسى زاوي، ط1، الجزائر، الدار الجزائرية، القاهرة مصر، دار الفجر للنشر والتوزيع، 2015، ص 25.

<sup>2</sup> طلعت إبراهيم لطي، كمال عبد الحميد الزيات، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، ط1، القاهرة، دار غريب، دون سنة نشر، ص 101.

### خلاصة

اشتمل هذا الفصل على مختلف النظريات الماكروسوسولوجية والميكروسوسولوجية التي أصلت للتحليل الاستراتيجي عند ميشال كروزيه، والجدير بالذكر أنه تمت معالجة هذه النظريات ليس بمحتواها العام، ولكن تم تناول وتحديد الجوانب المرتبطة ارتباطا وثيقا بموضوع الدراسة، لنتبين مدى العلاقة بين هذه النظريات والمدخل الاستراتيجي.

# الفصل الثالث

تمهيد

قام ميشال كروزيه بمجموعة من الدراسات طبق فيها التحليل الاستراتيجي هذه المقاربة المنهجية التي أتت كمحصلة للدراسات التي ذكرناها في الفصل السابق، ومن ثمة فإنه فند النظرة الكلية للتنظيمات فقد أتى بالفردانية المنهجية، حيث " تتطلق الفردانية الميتودولوجية من حقيقة أولى، مفادها أن البنيات الاجتماعية هي نتاج لأفعال فردية. وذلك في مقابل أي إقرار بوجود وقائع اجتماعية معطاة غير قابلة للانحلال إلى أفرادها.<sup>1</sup> فبعدما كانت النظريات السابقة تقر بأن التنظيم هو الذي يصنع الفرد، فإن التحليل الاستراتيجي أتى بنظرة أن الأفراد هم من يصنعون التنظيم، أعطى للفاعل موقعا استراتيجيا في الدراسات السوسيولوجية فكيف ذلك؟

للإجابة على هذا التساؤل، قمنا في هذا الفصل بالتقديم لميشال كروزيه لنتعرف أكثر على هذا العالم الفرنسي، والتعريح على مختلف مؤلفاته، و نزيح الستار على ماهية التحليل الاستراتيجي، الذي يعتبر مقاربة منهجية لدراسة التنظيمات، ولفهمه أكثر تطرقنا إلى مفاهيم ومسلمات التحليل الاستراتيجي، لنتطرق بعدها إلى بعض الدراسات التي قام بهام ميشال كروزيه.

<sup>1</sup> جمال فزة ، سوسيولوجيا التنظيمات أسس واتجاهات، ط1، المغرب، دار أبي رقرق للطباعة والنشر، 2013، ص 81.

1- ميشال كروزييه وأهم مؤلفاته:

ميشال كروزييه عالم اجتماع إمبريقي فرنسي معاصر ولد في 06 نوفمبر

سنة 1922 وتوفي في 24 ماي سنة 2013.

متحصل على عدة شهادات أبرزها:

- شهادة في المعهد العالي للدراسات العليا التجارية.
- دكتور في القانون 1949.
- دكتور في الأدب 1969
- مؤسس مركز علم اجتماع التنظيمات.
- مؤسس القسم الممتاز لعلم الاجتماع في معهد الدراسات السياسية في باريس.
- أستاذ بجامعة باريس.
- أستاذ بجامعة هافارد
- أستاذ زائر بجامعة كاليفورنيا.
- ألف ميشال كروزييه العديد من الكتب أبرزها:
- مصانع ونقابات أمريكا

Usines et syndicats d'Amérique, édition ouvrières, 1951.

- الموظفون الصغار في العمل

petits fonctionnaires au travail. Paris, ED. du CNRS, 1956.

هذا المؤلف جاء نتيجة لدراسة حول مراكز الصكوك البريدية.

- الظاهرة البيروقراطية

le phénomène bureaucratique paris, le seuil, 1965.

وهو عبارة عن دكتوراه دولة، وكان عبارة عن اللبنة الأولى التي انطلق منها التحليل

الاستراتيجي للتنظيمات.

- عالم الأعمال المكتبية

Le monde des employés de bureau, 1965.

- الفاعل والنسق (ألفه مع فريديبيرغ)  
L'Acteur et le Système (en collaboration avec Erhard Friedberg), Paris, Le Seuil, 1977.
- لا نغير المجتمع بمرسوم  
On ne change pas la société par décret, Paris, Fayard, 1979.
- الألم الأمريكي  
Le Mal Américain, Paris, Fayard, 1980.
- دولة متحضرة دولة متواضعة  
Etat Modeste Etat Moderne, Paris, Fayard, 1987.
- المؤسسة في إصغاء  
, Paris, Inter éditions, 1989 . L'Entreprise à l'écoute
- المجتمع المغلق.  
La Société Bloquée, Paris, Le Seuil, 1994.
- الأزمة الفكرية.  
La Crise de l'Intelligence, Paris, Inter éditions, 1995.
- ماهو علم اجتماع المنظمات؟  
A quoi sert la sociologie des organisations ? S. Arlan, 2000.

## 2- ماهية التحليل الاستراتيجي:

قبل الغوص في حيثيات التحليل الاستراتيجي لميشال كروزييه كان لابد أن نفهم ماهو التحليل الاستراتيجي بصفة عامة ، حيث يعتبر " أداة وأسلوباً للحصول على رؤية شاملة حول المؤسسة ومحيطها، وهذا من خلال دراسة حالية ومستقبلية لكل منها، ويهدف التحليل الاستراتيجي لاكتشاف مدى تكيف وسائل المؤسسة لإنجاز الهدف المرغوب فيه ولمقتضيات المحيط"<sup>1</sup> أي أن التحليل الاستراتيجي لا يهتم فقط بدراسة المؤسسة من الداخل أي اعتبارها كنسق مغلق وإنما يتعدى ذلك إلى دراسة المحيط المتواجدة به، وبالتالي يجب معرفة نقاط القوة والضعف داخل المؤسسة، كما دراسة الفرص والتهديدات التي تأتي من المحيط.

يقوم التحليل الاستراتيجي على فهم الأفعال الجماعية انطلاقاً من السلوكات الفردية، كما يرى أن سلوك الفاعلين يكون مرتبطاً بالأهداف التي يضعونها عن وعي منهم بما يمتلكونه من سلطة، وما يحيط بالتنظيم من موارد متاحة وكذا من ضغوط.

المتعمن للتحليل الاستراتيجي يجد أنه يحوي مصطلحين ألا وهما التحليل والإستراتيجية.

## أ- التحليل:

يعرف معجم اللغة العربية التحليل بأنه: " جمع تحليلات ( لغير المصدر ) وتحاليل ( لغير المصدر ): مصدر حلّ، عملية تقسيم الكل إلى أجزائه وردّ الشيء إلى عناصره " تفكير تحليلي"، التحليل الكهربائي هو إرجاع بعض الأجسام المركبة إلى عناصرها بواسطة التيار الكهربائي، كرد الماء إلى أكسجين وهيدروجين، بحث تحليلي: يتخذ التحليل أساساً تحليل الجملة: بيان أجزائها ووظيفة كل منها، تحليل

<sup>1</sup> Michel Marchesnay, Management stratégique, Paris, Edition ADREG, 2004, p 24.

الذات: دراسة المرء لذاته وعواطفه عقل تحليلي: يفتن لأجزاء الشيء خلافا للعقل التركيبي الذي يفتن لمجموع الشيء دون أجزائه"<sup>1</sup> ، وبالتالي فإن التحليل يقتضي معرفة أدق الجزئيات.

### ب- إستراتيجية:

تعرف الإستراتيجية بأنها: " فن وعلم وضع خطط الحرب وإدارة العمليات الحربية ( إستراتيجية القوات المسلحة )، خطة شاملة في أي مجال من المجالات ( وضعت الحكومة إستراتيجية مستقبلية للنهوض بالاقتصاد القومي ) براعة التخطيط."<sup>2</sup> ، وبالتالي فإن الإستراتيجية لغة مرتبطة بالحرب، كما أنها مرتبطة بوضع الخطط في شتى المجالات.

يعرفها توماس شيلينج بأنها: " ليست معنية بالتطبيق الكفاء للقوة وإنما باستغلال القوة المحتملة. وهي ليست معنية بالأعداء الذين يكره بعضهم بعضا وحسب، وإنما بالشركاء الذين لا يثق بعضهم ببعض، أو لا يتوافق بعضهم مع بعض أيضا، وهي ليست معنية بتوزيع الأرباح والخسائر بين مدعيين اثنين فقط بل هي معنية أيضا بإمكانية أن تكون نتائج أسوأ أو أفضل لكلا المدعيين من نتائج أخرى."<sup>3</sup>

الإستراتيجية مرتبطة أساسا باستغلال القوة المتاحة، من أجل الحصول على أكبر قدر من الأرباح، والوصول إلى أحسن النتائج، فعند دخول فردين في علاقة لابد أن كل واحد منهما يسعى إلى تحقيق أهدافه من خلال استغلاله للقوة.

<sup>1</sup> عمر أحمد مختار، معجم اللغة العربية المعاصرة، المجلد الأول، ط1، القاهرة، عالم الكتب، 2008، ص 550.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 90.

<sup>3</sup> توماس شيلينج، إستراتيجية الصراع، ترجمة نزهت طيب وأكرم حمدان، ط1، بيروت، الدوحة: الدار العربية للعلوم ناشرون، مركز الجزيرة للدراسات، 2010، ص 13.



وقد استخدم روبرت أ.دال مصطلح سياسة ليعبر بها عن الإستراتيجية حيث يقول: " إن اختيارك لسياسة ما يعني أنك تمتلك مقاييس معيارية، وأنت تمتلك كذلك أحكاما إمبريقية. ذلك أنه عند اختيارك لسياسة ما، فإنك إنما تحاول التحرك نحو هدف ما تعتقد أنه مرغوب، ومن ثم فإنك تجد نفسك مجبرا على إصدار أحكام تتعلق بالسبل الممكنة للوصول إلى هذا الهدف، وتتعلق كذلك بمدى سهولة أو صعوبة كل سبيل من هذه السبل. والسياسة الجيدة ما هي إلا طريق يقودك إلى أفضل الأوضاع التي يمكنك الوصول إليها بتكلفة تعتقد أن إنفاقها مجد تماما."<sup>1</sup>

بناء فرد ما لإستراتيجية أو لسياسة معينة كما أطلق عليها شيلنج، لا يكون عبثا بل يتوجب معرفة الحثيات الميدانية التي يمكنه وفقا لها إتباع هذه الإستراتيجية، والتي بنظره ووفقا لتصوره تكون هي الأفضل للوصول إلى أهدافه بأقل التكاليف.

من خلال ما سبق نتوصل أن التحليل هو ملازم للإستراتيجية إذ لا يمكن بناء إستراتيجية دون تحليل مسبق، حيث يعتبر التحليل الاستراتيجي " أداة وأسلوبا للحصول على رؤية شاملة حول المؤسسة ومحيطها، وهذا من خلال دراسة حالية ومستقبلية لكل منها، ويهدف التحليل الاستراتيجي لاكتشاف مدى تكيف وسائل المؤسسة لإنجاز الهدف المرغوب فيه ولمقتضيات المحيط"<sup>2</sup> أي أن التحليل الاستراتيجي لا يهتم فقط بدراسة المؤسسة من الداخل أي اعتبارها كنسق مغلق وإنما يتعدى ذلك إلى دراسة المحيط المتواجدة به، وبالتالي يجب معرفة نقاط القوة والضعف داخل المؤسسة، كما دراسة الفرص والتهديدات التي تأتي من المحيط.

<sup>1</sup> روبرت أ.دال، التحليل السياسي الحديث، ترجمة علاء أبو زيد، ط5، القاهرة، مركز الأهرام للترجمة والنشر، 1993، ص 180.

<sup>2</sup> Michel Marchesnay, *op.cit.*, p 24.

كما يقوم التحليل الاستراتيجي على فهم الأفعال الجماعية انطلاقاً من السلوكيات الفردية، ويرى التحليل الاستراتيجي أن سلوك الفاعلين يكون مرتبطاً بالأهداف التي يضعونها عن وعي منهم بما يمتلكونه من سلطة، وما يحيط بالتنظيم من موارد متاحة وكذا من ضغوط.

واستناداً إلى المقابلة التي أجريت مع ميشال كروزييه في *journal de genève et gazette de laussana* سنة 1994 فإن التحليل الاستراتيجي مركب من كلمتين " التحليل " الذي يأتي مقابلاً لـ " النظرية " هذا التقابل يعني أننا بصدد وصف الوضعيات التي نحن بصدد تحليلها، بمعنى أن وجهة نظرنا ليست إلزامية، وهناك أيضاً " الإستراتيجية " مصطلح مقابل للتخطيط والذي يسمح بتجاوز الحتمية، وأعترف يقول كروزييه أن مصطلح " إستراتيجية " ليس مصطلحاً سعيداً لأنه يوحي بالحرب لكننا لم نجد أحسن منه، ويقول: إذا قبلنا بالتعريف التالي للاستراتيجيات على أنها " فن علاقات القوة " باستخدام القوة بمفهومها الواسع أي الذي يتضمن لعب التأثيرات، وبهذا يبدو لي أنه مقبول، ولكن هذه الإستراتيجية لها عدو يتمثل في عدم اليقين المتعلقة بسلوك العدو أو الشريك، فإرادة " التحليل الاستراتيجي " مردها الرغبة في فهم السلوكيات الذي يفترض فيها أنها تتمتع بقصدية، وأيضاً في كونها متغيرة على حسب إكراهات وموارد الفاعلين التي يتمثلونها في فترة زمنية معينة فالقصدية حاضرة دائماً، ولكن الاتجاه متغير تبعاً للسياق صديق/ عدو.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hicham Saoud, La contribution de l'analyse sociologique de Michel crozier au management public. Document préparé dans le cadre du séminaire RECEMAP-IAE, Laboratoire de recherche en management, Lyon 02-03 juin 2005, p 3 4.

ينطلق التحليل الاستراتيجي عند كروزيه من الجزء إذ يرى أن مواقف الأفراد ليست محددة بمتغيرات جماعية أو بنى اجتماعية بل بالعكس الأفراد لهم قدراتهم الفردية للفعل تبعاً لمصادرهم، فهو يهتم بالفرد الاجتماعي كوحدة للتحليل، ويعرف معجم مصطلحات علم الاجتماع الفردانية المنهجية كالتالي: "إنّ أي واقعة اجتماعية - سواء تعلقت بالاقتصاد أو علم الاجتماع أو العلوم السياسية - لا تتجم إلاّ عن تفاعل مجموعة من التصرفات الفردية وذلك حتى عندما تدخل هذه التصرفات في سياقات محددة وتوجد في إطار من الضوابط المرتبطة بالمعتقدات أو القيم أو المعايير المؤسسية، وهكذا فإن هذه المجموعة المنظمة للروابط الإنسانية لا تعود تتشكل سلبياً تحت تأثير وزن الظروف، بل هي تعبر عن مواجهات وعقلانيات متباينة".<sup>1</sup> فالتفاعلات داخل أي مؤسسة وإن كانت في ظل القوانين التنظيمية ما هي إلا تصرفات وتفاعلات للأفراد، وهذه التفاعلات تصبح هي من يحدد التنظيم فحسب ميشال كروزيه " التنظيمات لم تعد بحاجة لاستمرارها على رجال ونساء الذين يطيعون لكن على رجال ونساء الذين يقررون وينفذون"<sup>2</sup>

يقول ميشال كروزيه في مؤلفه مع فريديبيرغ الفاعل والنسق: " الشيء الملفت للانتباه إذا هو كبير عكس وجهة النظر السائدة كلياً، فالانطلاق لا يكون أبداً من التنظيم ولكن من الفاعل، لبحث فهم العلاقة بين الفرد والتنظيم انطلاقاً من تفكير وتحليل الفاعل، من خلال أهدافه ومنطقية فعله"<sup>3</sup> ، إذ يرى بأن سلوك الأفراد (الفاعلين) يكون وفقاً لأهداف واضحة وواعية وبالتالي فهم يسعون لتحقيقها كل وفقاً للسلطة ومنطقة الظل التي يمتلكها، وبالتالي فإن التنظيم هو عبارة عن مكان

<sup>1</sup> جيل فيريول، معجم مصطلحات علم الاجتماع، ترجمة أنسام محمد الأسعد، ط1، بيروت، دار ومكتبة، 2011، ص 106.

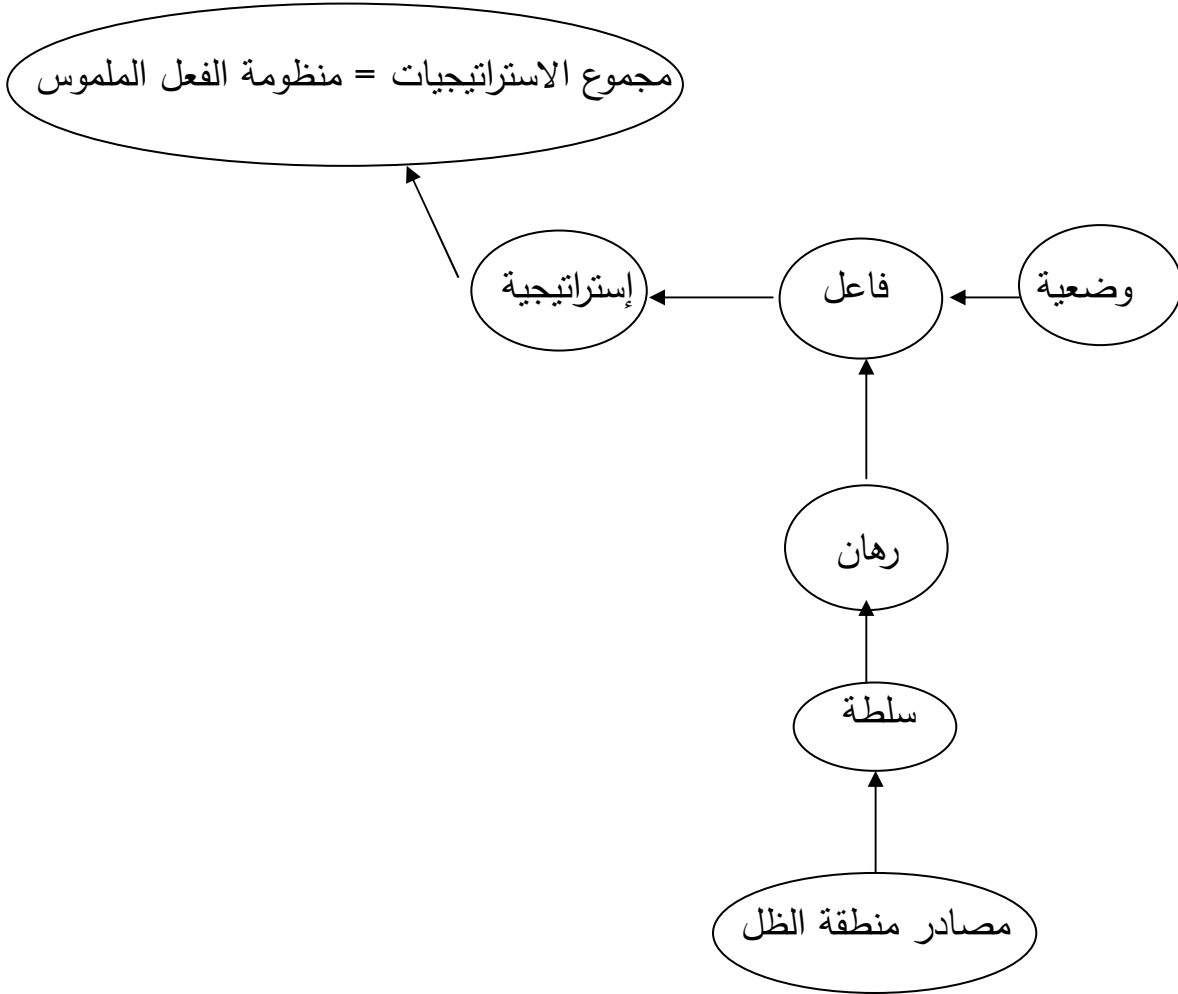
<sup>2</sup> Larbi Ghrissi; Le management des ressources humaines dans l'hôpital public cas CHU d'Oran ; Thèse de doctorat en sciences commerciales, Université d'Oran faculté des sciences économique des sciences de gestion et des sciences commerciales ; 2011-2012 ; p 136.

<sup>3</sup> Michel Crozier, Erhard Friedberg, L'acteur et le système, France, Editions du Seuil, 1977, p 46

لتحقيق هذه الأهداف ولو أن الظاهر هو ترجيح تحقيق أهداف التنظيم، أي أن الأفراد هم الذين يكونون التنظيم ، كما أن هناك ضغوط خارجية تمارس عليهم أي معطيات البيئة الخارجية، وبالتالي يجب الأخذ بها لتحديد استراتيجياتهم وبالتالي فإن التحليل الاستراتيجي يقوم على التحليل الداخلي للمنظمة وكذا المحيط الخارجي.

### 3- مفاهيم التحليل الاستراتيجي:

يقوم التحليل الاستراتيجي على مجموعة من المفاهيم المرتبطة فيما بينها، إذ لا يمكن فصل مفهوم عن الآخر، والمتمثلة أساساً في الفاعل، السلطة الإستراتيجية، منظومة الفعل الملموس، الرهان، منطقة الظل، يمكن تجسيدها في المخطط التالي:



#### أ- الفاعل:

ينطلق كروزيه في وصفه للفاعل من نقد نظرة التaylorية ومدرسة العلاقات الإنسانية للفرد إذ يؤكد أنه " لا يمكن أن ننظر للفرد فقط على أنه يد، كما يفترضه المخطط التaylorي للتنظيم، وليس فقط يد وقلب، كما ادعى محامو حركة العلاقات الإنسانية، فقد أكدنا أن كلهم نسوا أنه قبل كل شيء عقل، يعني حرية أو بمعنى

أدق شخص مستقل قادر على الحساب والتحكم والاختراع وفقا لظروف وتحركات شركائه<sup>1</sup>

فالفرد الفاعل هو الذي يستطيع أن يتحرك وفقا لهامش الحرية الذي يمتلكه مهما كان قدر هذا الهامش وذلك من أجل تحقيق أهدافه سواء أكانت هذه الأهداف فردية أو جماعية، فالفاعل ليس فقط فرد وإنما يمكن أن يكون جماعة كما يقول روبرت أ.دال: " بلغة أساتذة العلوم الاجتماعية المطوعة، يمكننا أن نستخدم مصطلح فاعلين للإشارة إلى كل من الأفراد والمجموعات"<sup>2</sup>، وفقا لأهداف كل فاعل فإنه يمكن أن يندمج داخل جماعة، ويعتبر " اندماج سلوك نفس الجماعة الاجتماعية ظاهرة سوسولوجية يتم تحليلها في سياق تنظيمي يبرز خضوع كل لاعب لمقتضيات اللعبة"<sup>3</sup>

فالفاعل يتحرك وفقا لرهاناته فإذا كانت أهداف هذا الفاعل كبيرة ومهمة بالنسبة له فإنه يتحرك وفقا لذلك، ويسعى جاهدا لتحقيقها والعكس صحيح فيما إذا كانت هذه الرهانات لا تهمة كثيرا فإن حركته وسعيه سوف يقلان لا محالة، وحتى إذا كان الفاعل يخضع للضغط فإنه سوف يتأقلم ولو سلبيا مع هذه الظروف.

وبالتالي فالتحليل الاستراتيجي يقر بأن ردة فعل وتصرفات الفاعل لا يمكن توقعها، خلافا لما ميز نظرة البنائين الوظيفيين الذين يرون أن الفرد يمكن التنبؤ بتصرفاته في إطار الدور الذي يقوم به .

يعتبر ميشال كروزيه أن " الفرد داخل التنظيم هو عنصر للتسيير العقلاني، المجتمع يتطور بواسطة إستراتيجية عقلانية محددة الهدف وتترك للفرد هامشا من الحركة، مهما كانت الضغوطات الخارجية فإن الفرد الفاعل داخل النسق يحتفظ

<sup>1</sup>Michel Crozier, Erhard Friedberg. Op.cit., p p 44 45.

<sup>2</sup> روبرت أ.دال، مرجع سبق ذكره، ص 34.

<sup>3</sup> عبد الحميد قرفي، الإدارة الجزائرية - مقارنة سوسولوجية - ط1، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع، 2008، ص 92.

دوماً بنافذة من الحرية. إن سلوكه هو عبارة أو نتيجة لإستراتيجية عقلانية ولكن هذه العقلانية ليست خالصة، إنها محدودة، الأفراد لا يتخذون القرارات المثلى ولكن يعتبرونها كافية من خلال ما هو متوفر لديهم من معلومات والوضعية وشروطها (العقلانية المحدودة)<sup>1</sup>

للفاعل الاستراتيجي مجموعة من الخصائص والمتمثلة في:<sup>2</sup>

- قليلا ما يعين أهدافا واضحة لأنه يحددها في سياق نشاطه.
  - حتى ولو كان تصرفه محدودا ومحكوما بالقواعد التنظيمية أو القانون فإنه لا يكون أبدا محددًا بصورة محكمة لأن للفاعل نشاطا إيجابيا يتصف بحرية نابعة من ذاته.
  - تصرفه لا يخلو أبدا من معنى، كما أن عقلانيته لا تنتج عن أهداف بل عن القيود والإمكانيات.
  - ولتصرفه دائما وجهان: هجومي من حيث سعيه إلى توسيع هامش حريته، ودفاعي ويقضي بالمحافظة على القدرة على الفعل.
  - ولا يفهم تصرفه إلا من خلال التفاعل بين إرادته في الإقدام والمبادرة وبين القيود التي تحد منها.
- تبرز هذه الخصائص أن الفاعل له حرية محدودة وفقا لمناطق الظل عنده وكذا مناطق الظل بالنسبة للفاعلين حوله، فهو يسعى جاهدا لبلوغ أهدافه في حدود

<sup>1</sup> عبد العالي دبله، مدخل إلى التحليل السوسولوجي، منشورات مخبر المسألة التربوية في الجزائر في ظل التحديات الراهنة. منشور رقم 2. جامعة محمد خيضر بسكرة. دار الخلدونية للنشر والتوزيع، 2011، ص 48.

<sup>2</sup> كلود ليفيك وآخرون، الجماعة - السلطة والاتصال - ترجمة نظير جاهل، ط2، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، 1996، ص 73.

القيود وعقلانيته المحدودة، كما أن تصرفاته لا يمكن فهمها إلا من خلال معرفة ما يصبو إليه وما يحد ذلك من قيود.

### ب- السلطة:

تعرف السلطة بأنها " الحق في التصرف أو في توجيه تصرفات الغير لتحقيق الأهداف التنظيمية"<sup>1</sup>.

تتخصر السلطة بالنسبة لهذا التعريف في السلطة التنظيمية التي تأتي نتيجة للقواعد البيروقراطية، وذلك لتحقيق أهداف التنظيم، وإغفال الأهداف الفردية والسلطة التي يمتلكها الفاعلون داخل التنظيم.

يعرفها روبرت أ. دال على أنها " الطاقة التي يستعملها أي شخص للحصول على شيء ما من آخر لم يكن ليقدمه لولا ذلك التدخل"<sup>2</sup>.

فالسلطة تستخدم للتأثير على الآخرين من أجل الحصول على ما يراد، إذ أن غيابها سيحول دون ذلك.

يحدد منتزبيرغ نمطين من السلطة: " البنية الإلزامية التي تسمح بالتكيف مع المحيط المتغير وينمي اللامركزية والعلاقات الشخصية، والنمط الآخر هو النسق المغلق الذي يضمن استقرار المؤسسة ويقوم على الموارد المادية والرمزية"<sup>3</sup>.

يبين هذا المفهوم نوعين للسلطة، ألا وهما السلطة التي تتم داخل المؤسسة والتي تفرض بحكم القوانين الداخلية لها، والسلطة الخارجية والتي تسمح للمؤسسة من مجابهة المحيط المتواجدة به.

يقول منتزبيرغ: " لكي يشعر أنه مسؤول، يجب أن يشعر أنه مهدهد، يجب أن يكون هناك شيء لخسارته"<sup>4</sup>، حيث يرى بأنه لا يمكن جعل السلطة الاقتصادية كلها

<sup>1</sup> علي الشرقاوي، العملية الإدارية - وظائف المديرين - الاسكندرية، دار الجامعة الجديدة الأزاريطة، 2002، ص ص 362 363.

<sup>2</sup> روبرت أ. دال، مرجع سبق ذكره، ص 20.

<sup>3</sup> Jak jebes, Gestion stratégique, Paris, internationale.economica, 1988, p p 28 29.

<sup>4</sup> Henry Mintzberg, pouvoir et gouvernement d'entreprise, Paris, éditions d'organisation, 2004, p 106.



في يد الدولة كون هذه الأخيرة ليس لديها ما تخسره، يمكن إسقاط هذه الفكرة على واقعنا في الجزائر، حيث أن الدولة ومنذ الاستقلال وإلى يومنا هذا كانت ولا تزال المتحكم الوحيد في الاقتصاد، ما جعله يبقى متخلفا، ويعاني عجزا على جميع المستويات.

توصل كروزيه إلى أن " السلطة تبنى أساسا على مقدرة الفاعل على التحكم في مناطق الشك أي المناطق الغير محددة في الإطار الرسمي داخل النسق"<sup>1</sup>. يشير هنا كروزيه إلى نوع آخر من السلطة المتواجدة داخل التنظيم، ألا وهي السلطة الفردية التي يمتلكها الفاعلين داخل التنظيم، والتي تكون بمنأى عن السلطة الرسمية، وامتلاك هذه السلطة ومقدارها يعود إلى ما يمتلكه الفاعل من منطقة شك يمكنه التحرك من خلالها لبلوغ أهدافه.

تعرف أيضا بأن " سلطة أ على ب هي مقدرة أ التحصل من علاقته مع ب على المعلومات المتبادلة التي قد يستفيد منها"<sup>2</sup>. يبين هذا التعريف جانبا من جوانب السلطة والتي تستخدم لاكتساب المعلومات، والتي ستستخدم في بناء الاستراتيجيات.

كما أن السلطة عند كروزيه هي علاقة تبادلية وليست ممنوحة أي أنه لا يمكن أن نقول أن فردا يتحمل بصورة أوتوماتيكية الأوامر الصادرة من فرد آخر له هامش من التحرك وهو يقبل الأوامر أو الخضوع ببساطة لأنه يتحصل هو كذلك على بعض الأشياء من خلال هذا التبادل، فالسلطة ليست مطلقة، وليست حكرا

<sup>1</sup>فاروق مداس، التنظيم وعلاقات العمل، الجزائر، دار منني، 2002، ص 49.

<sup>2</sup>Philippe Bernoux, la sociologie des organisations, troisième édition, Paris, imprimerie Héresseye évnoux, 1990, p 158.

على فرد دون غيره، وليست خضوع وإذعان، إذ للفرد الحرية في الخضوع لسلطة فرد آخر، لأن هذا الخضوع سيكسبه منافع.

أما ألفين توفلر فيعرف السلطة على أنها: "القدرة على اللجوء إلى العنف أو الثروة أو المعرفة أو كل هذه العناصر مجتمعة وكذلك العديد من مشتقاتها من أجل التأثير على الآخرين بحيث يستجيبون بشكل إيجابي لاحتياجاتنا ورغباتنا".<sup>1</sup> يبين هذا التعريف المصادر التي يمكن أن تُستخدم للتأثير على الآخر والتي تتمثل في العنف، فيمكن إذعان الآخر عن طريق العنف، أو الثروة والتي تعد عاملا لاكتساب السلطة والنفوذ، والمعرفة وهي السلطة التي لا تزول إذ من يملك المعرفة يمكن أن يؤثر على الآخر نظرا لما يمتلكه من قوة علمية.

يرى كروزيه أن العلاقات القائمة بين الأفراد كلها قائمة على السلطة إذ أنها لا تغيب في أي فعل ولو كان هذا الفعل من أجل غاية إنسانية حيث يقول كروزيه: "السلطة تشارك في كافة العلاقات البشرية، تماما في العمل كما في المدرسة أو في العائلة، حتى ولو كنت تملك تصورا إيثاريا بالكامل عن الحياة وأنت تكرر نفسك إلى فعل إنساني، فإن مجرد السؤال عن جدوى فعلك والتنظيم مع أشخاص آخرين سيؤدي إلى تدخل مسألة السلطة."<sup>2</sup> إذ لا يمكن حصر السلطة داخل التنظيمات، وإرجاعها إلى قوانين، لأن السلطة موجودة في كافة العلاقات الاجتماعية، ابتداء من الأسرة.

من خلال التعريفات السابقة، نستشف أن مفهوم السلطة في وقتنا الحالي قد تغير، فلم تعد السلطة بمفهومها التقليدي حول السيطرة والإذعان الكلي، ابتداء من الإمبراطوريات العالمية التي اندثرت سلطتها، والإذعان الكلي للمؤوس لرئيسه

<sup>1</sup> ألفين توفلر، تحول السلطة - المعرفة والثروة والعنف على أعتاب القرن الحادي والعشرين - ترجمة لبنى الريدي. الجزء الأول، مصر الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1995، ص 291.

<sup>2</sup> فيليب كابان، جان فرنسوا دورتيه، مرجع سبق ذكره، ص 232.

داخل التنظيمات، إذ لكل فاعل سلطته من خلال ما يمتلكه من منطقة ظل، فنجد مثلا سلطة الأطباء لم تعد كما كانت في السابق، يورد توفلر مثلا على ذلك بأنه " قبل عشرين عاما كان الأطباء الأمريكيون آلهة في قمصان بيضاء، وكقاعدة عامة كان المرضى يتلقون حكمهم كما لو كان الأمر يتعلق بلوح الوصايا العشر. وكانوا يسيطرون عمليا على مجمل النظام الصحي وكان تأثيرهم السياسي ضخما. أما اليوم، أصبح هؤلاء الأطباء في وضع المحاصرين إذ تجرأ المرضى على مناقشتهم وبناتوا يقاضونهم إذا ما ارتكبوا أخطاء مهنية، كما تطالب الممرضات بالاحترام والاعتراف بمسؤولياتهم وأصبحت شركات الأدوية تظهر قدرا أقل من الاحترام وغدت السيطرة على النظام الصحي بين أيدي شركات التأمين وتجمعات الرعاية، والدولة"<sup>1</sup>

### ج-منطقة الظل:

هناك من يطلق عليها منطقة الشك أو منطقة عدم اليقين، وحسب كروزيه كل تنظيم يخضع وبصفة مستمرة لمناطق الشك والارتياب في كل الميادين التقنية أو الإدارية، فالذي يتحكم بشكل جيد في هذه المناطق بفضل قدراته ومؤهلاته وشبكة علاقاته يستحوذ على أكبر قدر ممكن من منابع السلطة، أي أن من يمتلك منطقة عدم يقين فإنه يمتلك سلطة فمقدار أو نوع السلطة يحدد استنادا إلى مصادر الشك، حيث يرى ميشال كروزيه أن الفاعلين " يدافعون بشدة عن نبالة موقعهم، فليس جميعهم يتوفرون على نفس الامتيازات للقيام بذلك. ولهذا فإن الإستراتيجية الخاصة بكل وضعية هي أبعد من أن تكون متجانسة. فإذا كان المهندسون التقنيون، الذين خلدتهم كروزيه، لا يتوفرون على نفس الاستراتيجيات مثل خرجي المدارس متعددة التقنيات polytechniciens الذين يواجهونهم، فليس السبب فقط

<sup>1</sup>الفين توفلر، مرجع سبق ذكره، ص 20.

لأن مناطق الشك التي يتحكمون فيها بفضل موقعهم في المصنع ليست هي بل إنهم بعد خروجهم من الرتبة، لم يعودوا يحوزون على نفس الامتيازات حتى يعاملوا بها بنباله ولهذا فبوسعهم السماح لأنفسهم فرض سلطتهم عبر تصرفات رقيب العمل.<sup>1</sup>

وبرى كروزيه "أن الفاعلين كأعوان مستقلين يملكون مصادر القدرات الخاصة التي يبدعونها وبيتكرونها ويشيدونها، لحل مشاكلهم المطروحة من طرف الفعل الجماعي والأهم هم يتعاونون من أجل إنجاز الأهداف المشتركة رغم التوجهات المختلفة"<sup>2</sup>

واستنادا إلى منطقة الظل يحدد فريديبيرغ أنواع السلطة حسب الجدول التالي<sup>3</sup>:

منطقة الظل	نوع السلطة
المعرفة، المعرفة العملية	خبير
المحيط	خبير محيط
معلومات واتصال	حامل معلومات portier
إبداع، تعديل وتطبيق القواعد والإجراءات	الهيراركية

#### د - الرهان:

يتمثل الرهان في الأهداف التي يرسمها الفاعل ويسعى إلى تحقيقها وفقا لإستراتيجية يرسمها، وهذه الأهداف تتغير بتغير وضعياته وظروفه.

<sup>1</sup>فيليب ديربيان، مرجع سبق ذكره، ص x.

<sup>2</sup>Michel Crozier, Erhard Friedberg. Op.cit., p 15.

<sup>3</sup>Caroline manville, maitre de conférence GRH-IAE, cours IAQ IFS, maxime mareno ; France 2013 p17.

وبالتالي فإن الرهان يرتبط ارتباطا وثيقا بالإستراتيجية هذه الأخيرة التي تبنى وفقا لطبيعة الهدف، كذلك فهو ليس ثابتا بل متغير بتغير الظروف والمواقف وكذا بطبيعة تفكير الفاعلين، فالرهان "يصنع الفاعل:

- رهان ضعيف بالنسبة للفاعل = فاعل أقل تحفيز وبالتالي أقل حركة.
- إذا كان الرهان مشترك، الفاعل يمكن أن يكون جماعة = مجموع الأفراد يتقاسمون هذا الرهان"<sup>1</sup>

إن أهداف الفاعل لا تكون واضحة ولا محددة تحديدا دقيقا "فهي أكثر، أو أقل غموضا، أكثر أو أقل صراحة، أكثر أو أقل تناقضا، هي تتغير خلال الفعل، حيث يتخلى عن بعضها، ويكتشف أخرى على طول الطريق، لأنه سيصادف عواقب غير متوقعة وغير متتبا بها لفعله تجبره على إعادة النظر في موقعه وإعادة ضبط تسديده، ما هو متوسط في وقت ما، يصبح نهاية في وقت آخر"<sup>2</sup>

#### هـ - نسق الفعل الملموس:

يتمثل نسق الفعل الملموس في مجموع مختلف الاستراتيجيات التي يمارسها الفاعلون والذي لا يكون دائما خاضع للرسمية والتنظيم الرسمي، إنما هو عبارة عن الألعاب المنظمة والمرتببة بين الفاعلين في علاقاتهم التبادلية أين تظهر المصلحة والتنافر والصراع والتعاون فكل فاعل من هؤلاء يقوم برسم علاقات تفضيلية تساهم كلها في تحقيق أهداف محددة، فيتحرك الفاعلون وفقا لمصالحهم وما يرونه عقلاني بالنسبة لهم ليس بالضرورة أنه يكون عقلاني بالنسبة للآخر.

يعرف كروزيه في كتابه الفاعل والنسق نسق الفعل الملموس بأنه: " مجموع إنساني محدد وفقا لبناء معين، والذي ينسق أفعال المشاركين بواسطة ميكانيزمات

<sup>1</sup>Rémi bachelet, l'analyse stratégique des projet, mise à jour du 12/03/2013, p 19.

<sup>2</sup>Michel Crozier, Erhard Friedberg. Op.cit., p 55

لعب مستقرة نسبيا، والتي تثبت وترسي أسس هذا البناء، معنى ذلك استقرار هذه الألعاب والعلاقات فيما بينها بفضل ميكانيزمات تنظيم والتي تكون ألعاب أخرى.<sup>1</sup>

يتجاوز ميشال كروزييه مفهوم الدور الذي جاء به البنائين الوظيفيين، فيرى أنه يعبر عن السلبية والتكيف المفروض من البناء، ليستعمل بذلك مصطلح لعبة لأنه حسب رأيه أكثر تعبيراً من جهة عن علاقات السلطة ومن جهة ثانية عن هامش الحرية الذي يتمتع به الأفراد للعمل على بلوغ أهدافهم.

---

<sup>1</sup>Michel Crozier, Erhard Friedberg. Op.cit. p 391.

#### 4-مسلمات التحليل الاستراتيجي:

ينطلق التحليل الاستراتيجي من عدة مسلمات والمتمثلة في:

##### أ- اختيار الأهداف:

الأفراد داخل التنظيم ليسوا يدا فحسب يعملون من أجل تحقيق أهداف التنظيم كما جاءت به التaylorية، وإنما لكل فرد داخل التنظيم أهدافه الخاصة التي يمكن أن تتعارض أو تتوافق مع أهداف التنظيم، والذي يعمل من أجل تحقيقها وذلك في ظل الأهداف العامة، حيث أن الأفراد داخل التنظيم " هم فاعلون لهم نظرتهم إلى التنظيم وإلى ردوده، مثلما أن لهم إستراتيجيتهم الخاصة تجتمع مع الاستراتيجيات الفردية في التنظيم وتلتئم لتعطي اتجاهها معيناً للسلوك الفردي لكل فرد داخل الإدارة وذلك في علاقته مع سلوك الإدارة كتتنظيم."<sup>1</sup>

كما أن غايات الفاعلين داخل التنظيم يمكن أن تتصادم أو تتداخل مع بعضها البعض حيث " لا تظهر الغايات في فراغ، هي جزء من عوالم المنظمة التي تشمل أيضاً الوسائل، علاوة على ذلك فهي مترابطة ومتضاربة، لا يمكن دفع أي منها بعيداً دون التدخل في غايات أخرى، فغايات فرد أو مجموعة واحدة لها معنى بالنسبة لأفراد أو مجموعات أخرى."<sup>2</sup>

##### ب- الحرية النسبية للفاعلين:

يرى كروزيه وفريدبيرغ أن "السبب الأول للشرح بين الواقع والنظرية، هو أنه وحتى في الوضعيات الأكثر تطرفاً، يبقى الإنسان دائماً على أدنى حد من الحرية والذي لا يمتنع في استخدامه لمحاربة النسق"<sup>3</sup> حيث أن واقعياً كل فاعل داخل النسق يمتلك حرية ولو كان بالحد الأدنى إذ لا يمكن إنكارها أو تغييبها كما فعلت بعض النظريات السابقة والتي غيبت تماماً حرية الافراد ووصفتهم بأنهم يقومون بالتطبيق الحرفي للقوانين التنظيمية.

<sup>1</sup>عبد الحميد قرفي، مرجع سبق ذكره، ص 92.

<sup>2</sup>Michel crozier, Samuel P. Huntington, Joji Watanuki, The crisis of democracy, the trilateral commission, library of congress, 1975, p 42.

<sup>3</sup>Michel Crozier, Erhard Friedberg. Op.cit., p 42.

ويقول ميشال كروزيه في كتابه الفاعل والنسق: " في كل التنظيمات غير الشمولية على الأقل، الفاعلين يستعملون هامش حريتهم بطريقة تجعل من غير الممكن اعتبار ترتيبها الخاص مجرد استثناءات للنموذج العقلاني.<sup>1</sup>" وهامش الحرية يأتي نتيجة لامتلاك الأفراد للسلطة، إذ هناك من يفصح عنها وهناك من يحتفظ بها ويكتفي بمراقبة المحيطين بها إلى حين استخدامها.

### ج- العقلانية المحدودة :

ينطلق التحليل الاستراتيجي " من الفاعل لاكتشاف النسق le système وتفسير السلوك الذي يتجلى لنا، من الوهلة الأولى، وكأنه عقلاني.<sup>2</sup>"، العقلانية التي يتبعها الفاعل والتي تبدو أنها عقلانية محدودة وفقا لمعطيات معينة.

يعرف ريمون بودون وفرانسوا بوريكود العقلانية بأنها " فعل يستعمل وسائل متكيفة مع الغايات التي يُسعى إليها"<sup>3</sup> بما أن الفاعل يملك حرية نسبية يستخدمها أثناء تفاعلاته ، فاستخدامها يكون وفقا لعقلانية محدودة وفقا لأهدافه، وكذلك قدراته مؤهلاته، وبالتالي فهو يستخدم المعطيات التي يمتلكها ويتصرف وفقا لإستراتيجية عقلانية، يريد من خلالها تحقيق حاجاته والتي وضعها "ماسلو" في سلم.

كما أن هذه العقلانية تكون مخالفة عادة للقيم التي يحملها الفاعل خاصة إذا ما تعلق الأمر بالسلوك داخل التنظيم، فالعلاقة " بين القيم والسلوك خاصة السلوك داخل المنظمة هي أكثر تعقيدا بكثير مما نعتقده عادة، هناك تباين كبير بين القيم المعلنة وما يفعله الأشخاص في نهاية المطاف عندما تجبرهم المشاكل على الاختيار. ليس هناك تناقض فحسب، بل من الصعب فهم طبيعة هذا التناقض وأهميته وحتى اتجاهه، وبالتالي التنبؤ به."<sup>4</sup>، لكن وبمقابل ذلك فإن هذا السلوك لا يكون اعتباطيا فعلى " مستوى اللاوعي، يمكننا أن نوجز أن هناك منطوق في سلوك الأشخاص الذي يدعم الحفاظ على الألعاب الاجتماعية وخصائصهم الاجتماعية

<sup>1</sup>Michel Crozier, Erhard Friedberg. Op.cit., p 43.

<sup>2</sup>عبد الحميد قرفي، مرجع سبق ذكره، ص 91.

<sup>3</sup>ريمون بودون ، فرانسوا بوريكود، المعجم النقدي لعلم الاجتماع، ترجمة سليم حداد، ط1، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 1986، ص 380.

<sup>4</sup>Michel crozier, Samuel P. Huntington, Joji Watanuki, Op.cit., p 39.



والثقافية، ويمكن اعتبار هذه المبررات على أنها اتجاهات قيمة أكثر استقرارا وذات مغزى<sup>1</sup>

#### د- البناء :

يمكن اعتبار التنظيم عبارة عن نسق يضم مجموعة من المتغيرات وبالتالي ما يصيب أحدها يتسبب في التأثير على الآخرين، وبذلك فإن القرارات التي تؤخذ من طرف المسيرين وفقا للعوامل الداخلية وكذلك العوامل المتعلقة بالبيئة المحيطة سوف تؤثر لا محالة في البناء ككل والذي يضم هو الآخر مجموعة من التفاعلات والاستراتيجيات المتبعة من قبل الفاعلين والتي تؤثر في البناء ككل.

#### هـ- التغيير :

حسب كروزيه ليكون هناك تغيير يجب تغيير نظام العمل أي يجب على الناس أن يضعوا علاقات إنسانية جديدة حيز التطبيق و أشكال جديدة من المراقبة الاجتماعية، ولا يتعلق الأمر بتقرير بنية أو تقنية أو طريقة جديدة ولكن يتعلق بطرح عملية تغيير تتضمن فعل وردود فعل ومفاوضات وتعاون " وهنا يكمن بالكامل فن التغيير الذي هو فن صعب. المداولة ليست فرض حل اعتباطي، وليست خضوعا لرغبات كل واحد. إنها تفترض اشتراك الأشخاص وإظهار المشاكل وخلق شروط الحوار. ففي سبيل التغيير، يجب السماح بالتعبير بعيدا عن اللغة المتخشبة التي يلجأ كل واحد إليها، والشروع بحوار يدفع إلى ظهور معارضات ومشاكل حقيقية هذه المبادلات والحوارات ستؤدي إلى خلق فرص وسلوكيات جديدة"<sup>2</sup>، فالتغيير حسب ميشال كروزيه يحدث " نتيجة لعملية جماعية تتجدد من خلالها وتخلق

<sup>1</sup>Michel crozier, Samuel P. Huntington, Joji Watanuki, Op.cit., p 39.

<sup>2</sup>فيليب كابان، جان فرنسوا دورتيه ، مرجع سبق ذكره، ص 235.

موارده وطاقات المشاركين، الضرورية لتشكيل ألعاب جديدة والتي يسمح تنفيذها الحر لا الإجباري للنسق، بأن يتوجه أو يعيد توجيه نفسه كمجموع إنساني لا كآلة<sup>1</sup> عند حدوث التغيير داخل النسق، فإنه يخلق العديد من المشاكل والتعارضات، وبالتالي فإن كروزيه يرى أنه لا بد من إجراء تحليلي لفهم هذه المشاكل، إذ يقول: " من الضروري وجود تحليل يقوم على تفكير ديناميكي لفهم مشاكل التغيير في التنظيم البيروقراطي من خلال وجود إستراتيجية للفاعل وللنظام البيروقراطي كذلك"<sup>2</sup> كما يقر أن التغيير لا بد أن ينطلق من أنساق التفكير، إذ لا يجب تغيير المسؤولين ولكن يجب أن يصبحوا قادرين على الإصغاء للآخر والمناقشة ومن ثمة الدفع بديناميات التغيير، فالتغيير الأساسي لا يكون بتغيير الأفراد وإنما بتغيير أفكارهم لتتماشى ومتطلبات التغيير.

وبدراسته للمجتمعات الأوروبية يرى ميشال كروزيه أن سعي المجتمعات الأوروبية لمحاربة التغيير للحفاظ على البيروقراطية يؤدي إلى حدوث إشكالات " إن التماسك البيروقراطي الذي يتعين عليهم المحافظة عليه من أجل أن يظل لديهم القدرة على اتخاذ القرار والتنفيذ يميل إلى تعزيز عدم المسؤولية وتكسر الإجماع، مما يزيد بدوره من صعوبة مهمتهم."<sup>3</sup> ، وبالتالي أصبح الحفاظ على البيروقراطية هدفاً بدل أن تستخدم البيروقراطية وتكيف لخدمة مصالح ومتطلبات هذه المجتمعات.

<sup>1</sup> رواج وهيبه، إشكالية الصدق الإميريقي لأطروحات ميشال كروزيه - دراسة ميدانية بمؤسسة نافتال بسكيكدة- مذكرة مكملة لنيل

شهادة الماجستير في تنمية وتسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري قسنطينة، 2007/2008، ص 77.

<sup>2</sup> Michel crozier, le phénomène bureaucratique, France, éditions du seuil, 1963, p 58.

<sup>3</sup> Michel crozier, Samuel P. Huntington, Joji Watanuki, Op.cit., p 12.

### 5- بعض الدراسات التي قام بهام ميشال كروزييه:

انطلق ميشال كروزييه في دراساته من نقده لتطبيق خصائص البيروقراطية التي نتج عنها الروتين والجمود، فهو يعرف البيروقراطية بأنها " مصدر للروتين وتعد الإجراءات وصعوبة التعامل مع الجمهور"<sup>1</sup>، هذا الروتين وتعد الإجراءات سوف يكون عائقاً أمام تحقيق وتقديم الخدمات للزبائن، وذلك من خلال:

- القواعد الموضوعية تحت وظائف كل فرد في التنظيم والتي توضع دون أي اعتبار للعامل الشخصي مما يؤدي إلى انخفاض الدوافع التي من شأنها تجعل الفرد يبدع وابتكر في أدائه للعمل<sup>2</sup>. فالقواعد البيروقراطية هي قواعد جافة يتبعها العامل بحذافيرها دون ترك هامش للحرية والإبداع، وبالتالي يصبح العامل كآلة ليس له حرية استخدام العقل.
- تركيز سلطة اتخاذ القرار في أيدي الأفراد الذين يبعدون بحكم مناصبهم عن الميدان الحقيقي في العمل، فمركزية اتخاذ القرار تجعل من الموظفين في المستويات الأدنى لا يتصرفون حسب متطلبات الموقف، ومن هنا ينشأ الجمود والشكوى من صعوبة الإجراءات وتعتها<sup>3</sup>.

من هنا تنشأ الفجوة التي تحدث عنها ميشال كروزييه بين صناع القرار وبين منفذيهم " المشكل الأساسي يكمن في التعارض بين لعبة صنع القرار ولعبة التنفيذ

<sup>1</sup> علي السلمي، تطور الفكر التنظيمي، القاهرة، دار غريب، دون سنة نشر، ص 54.

<sup>2</sup> رعد حسن الصرن ، نظريات الإدارة والأعمال، ط1، سوريا، دار الرضا، 2004، ص 57.

<sup>3</sup> إبراهيم بوالفلل ، التنظيم البيروقراطي في المؤسسة الحكومية الجزائرية، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية - نحو أداء متميز في القطاع الحكومي- السعودية، معهد الإدارة العامة، 1-4 نوفمبر 2009، ص 15.

توجد عقلنة مختلفة تماما في العمل على المستويين.<sup>1</sup> هذه العقلنة التي تحدث على حسب أهداف الأفراد في هذين المستويين المختلفين.

يقول ميشال كروزييه: " يجب علينا الانتقال من منطق الإدارة المفترض أنها كلية العلم إلى منطق أكثر ديمقراطية يفترض أنه يستند إلى المصادر البشرية"<sup>2</sup>

أ- الدراسة التي قام بهام ميشال كروزييه حول قطاع سائقي القطارات وطاقمهم:

أجريت الدراسة بين عامي 1987 و1988 على قطاع سائقي القطارات وطاقمهم التابعين لمؤسسة الخطوط الحديدية الفرنسية، حيث شهد هذا القطاع أزمة سنة 1986 وامتدت إلى سنة 1987 تسببت في قطيعة بين عمال السكك الحديدية والإدارة، كانت الأداة الأساسية المستخدمة في هذا البحث هي المقابلة المعمقة، إذ أجريت مقابلات مع عمال القطر، تمكن فريق البحث من خلالها من التوصل إلى المشكلات الفعلية التي يعاني منها العمال والتي لم تكن تلك هي التي تطالب النقابة بحلها، إذ كان المطلب الأساسي للنقابة هو الأجور، في حين بينت الدراسة بأن هذا المطلب يأتي في المرتبة الثانية، بينما كان العمال يعانون من حركة السير، وكذا عطلة نهاية الأسبوع، التي كانت تحد من تحكّمهم في الوقت، وفي رأيهم أن هذا النظام مفروض عليهم من قبل إدارة مركزية تجهل تماما سير العمل - هذا ما أشرنا إليه سابقا في التناقض والتعارض بين صناع القرار والمنفذين - وهذا ما جعلهم يحسون أنهم محتقرين من قبل هذه الإدارة، في حين أن العمال قد قاموا بإنشاء علاقات مع الطاقم الإداري القريب منهم.

<sup>1</sup>Michel crozier, Samuel P. Huntington, Joji Watanuki, Op.cit., p 16.

<sup>2</sup>فيليب كابان، جان فرنسوا دورتيه، مرجع سبق ذكره، ص 234.

وبعد هذا التدخل لعلماء الاجتماع، والكشف عن المشكلات المشتركة بين جميع الأطراف، أصبحت الأمور واضحة بين جميع الأطراف، وتم نقل صلاحيات التحكم في حركة السير للطاقم الإداري القريب من العمال وبالتالي أصبح يملك هامش حرية أكبر من أجل معالجة هذا المشكل، وبالتالي شهد هذا القطاع تحولات وتعديلات كثيرة كانت تبدو سابقا بأنها جد عويصة.

### ب- الدراسة التي أجريت على الاتجاه الممنوع *ses interdit*

أجريت الدراسة حول مخطط سير جديد تمثل في وضع إشارة الاتجاه الممنوع في مدخل إحدى الشوارع بمدينة ليل الفرنسية.

تم تعيين الأفراد الذين لهم علاقة بهذا المخطط والمتمثلين أساسا في سائقي السيارات، السكان الذين يقطنون على ضفة الطريق، رئيس المجلس الشعبي البلدي التجاري، ....

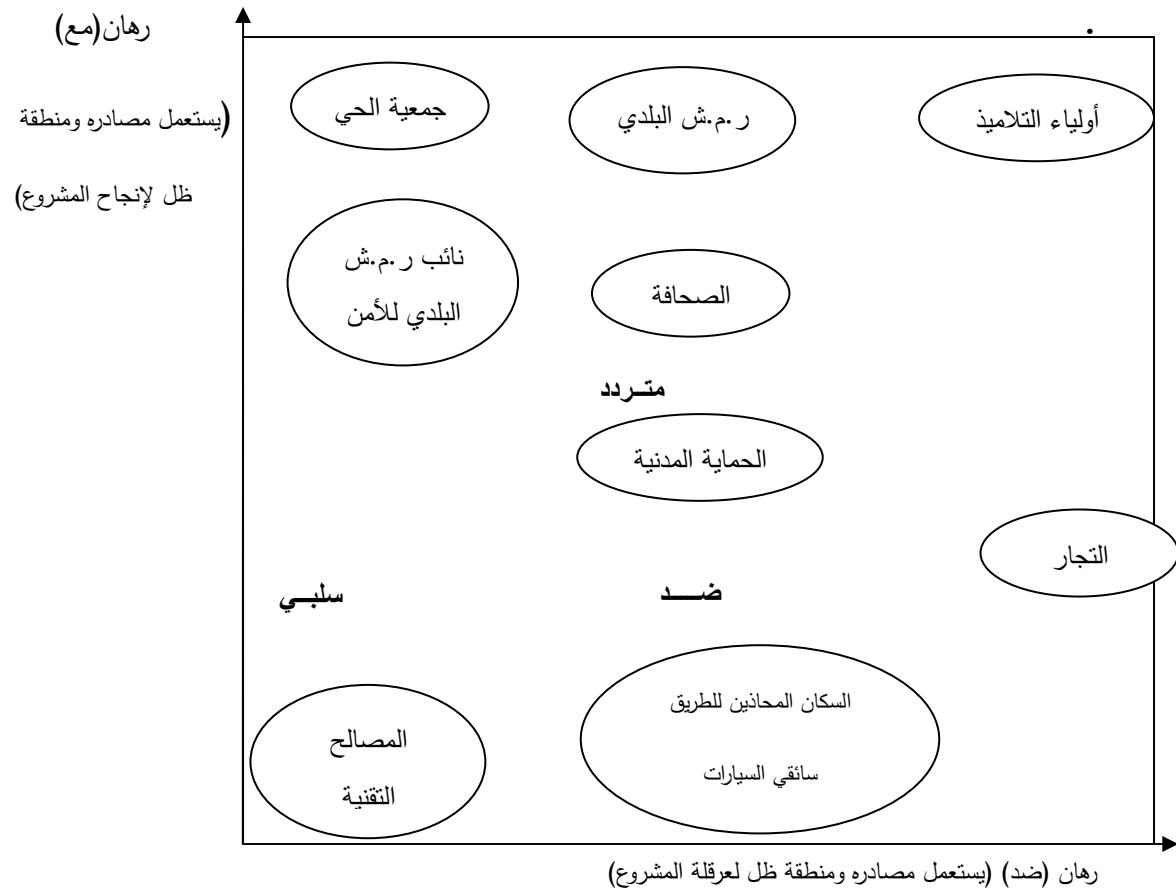
اعتمدت الدراسة على:

- الوثائق المتمثلة فيما كتبه الصحف حول مخطط السير، صورة للطريق المعني بالدراسة مع التركيز على وضع علامة ( *sens interdit* ) وعلى خريطة للحي المعني بالموضوع وكيف سيكون التأثير، إضافة إلى ما جاء في اجتماع لجنة الحي من خلال المقال الذي نشر حول الموضوع.
- رأي السكان المحاذين للطريق.
- تصريح نائب رئيس المجلس الشعبي البلدي المكلف بالأمن.
- تصريحات وتخوفات التجار من عرقلة نشاطهم التجاري الذي يترتب عن منع مرور السيارات إلى الشارع.
- تصريح رئيس المجلس الشعبي البلدي.

بعدها تم التطرق لمفاهيم التحليل الاستراتيجي المتمثلة أساسا في: رهان، فاعل، مصادر، منطقة الظل، السلطة، إستراتيجية، منظومة الفعل الملموس، حيث تمت الإشارة إلى أن هناك فاعل جماعي تمثل في الجمعيات، جمعية الحي، وجمعية التجار التي أنشأها التجار لتدافع عن آرائهم.

بينت الدراسة مصادر كل فاعل، مثلا رئيس المجلس الشعبي البلدي ونائبه لهما سلطة الهيراركية التي يمنحها إياها موقعهما المهني، وهناك مصادر تقنية تمثلت في الحماية المدنية من خلال تقديم تقرير للمحكمة الإدارية لمدينة ليل بشأن الأضرار التي يخلفها هذا القرار، أما بالنسبة لسائقي السيارات المارين ليست لهم مصادر قارة.

تم وضع مخطط شامل حول من هم مع أو ضد هذا الإجراء:



مخطط شامل لردود فعل ورهانات الفاعلين

6-قراءة في بعض مؤلفات ميشال كروزيه:

للتوغل أكثر في الفكر الكروزييه سوف نتطرق لأهم ما جاء في بعض مؤلفاته.

أ-كتاب الظاهرة البيروقراطية:من تأليف ميشال كروزيه.

حمل هذا المؤلف الكثير من الأفكار حول الظاهرة البيروقراطية:

- دراسة توزيع السلطة و تحليل الإستراتيجية التي يستعملها الأفراد والمجموعات في مفاوضاتهم، نقطة انطلاق غير اعتيادية، وقد بين أن إستراتيجية المرؤوسين والأعلى منهم واحدة فمن جهة البحث عن تنمية سلطته متطلبا قواعد لمعرفة الآخر، و من جهة أخرى متفاوضا على هذه القواعد مع الخصم ( لغة مزدوجة).
- وضع مخطط مغاير تماما للنظريات العقلانية الكلاسيكية والتي تقوم على نموذج آلي للسلوك البشري ملغيا كذلك المشاكل الإنسانية.
- يعتبر النظرة الانتقائية التي اعترفت بتعايش العقلانية التقنية والإنسانية في الانضمام إلى آليات القرار قد نجحت من خلال أعمال سيمون و مارش اللذين ساهما في إنشاء عرض بين العقلانيتين ( مفهوم العقلانية المحدودة)، وبالتالي ابتعدت كل البعد عن العقلانية الكلاسيكية و عن تصلب السلطة السلمية التي أتت بها النظريات الكلاسيكية " يبدو لنا الواقع مستبعدا تماما عن التسيير المثالي وعن إدارة الأشياء. وحتى في حالة متميزة مثل حالة الاحتكار حيث أمكننا تبسيطها وعقلنتها لأقصى حد بقطع الاتصالات مع العالم الخارجي. ويسمح لنا التحليل الاستراتيجي باكتشاف أنه لا يمكن إلغاء ولا تجاهل السلطة فهو يبقى مرتبطا باستحالة القضاء على الشك في إطار العقلانية المحدودة"<sup>1</sup>.
- تنشأ مكافحة مماثلة بين الطرفين (الإدارة والمرؤوسين) مهما كانت أساليب التحكم ويصر كروزيه على فكرة أن السلطة لا تسترد سوى جزء

<sup>1</sup> Michel crozier, le phénomène bureaucratique, Op.cit., P 195

من العلاقات المعقدة بين الأفراد والمنظمات و أن عالم الاتفاق والتعاون يمثل شكلا آخر و جد مهم لهذه العلاقات.

- تعد ظاهرة البيروقراطية منذ وقت طويل مشكلة من المشاكل الأساسية لعلم الاجتماع و العلوم السياسية، فبالنسبة لماكس فيبر فإن البيروقراطية أداة عقلنة تتطور بها المنظمات، فهي تحدد النموذج المثالي للبيروقراطية التي تتضمن ثلاثة محاور أساسية هي: عدم تشخيص القواعد وطبع الخبير واختصاص الموظفين نظام سلمي تقييدي يشمل التبعية و السيطرة.

-اتسمت الآداب المتعلقة بالبيروقراطية بعد فيبر بغموض أساسي، و قد تسبب الإشكال في شلل تطور التفكير البيروقراطي إلى غاية قراءة النموذج البيروقراطي المثالي من جديد من طرف ميرتون الذي حلل ظاهرة البيروقراطية من منظور الاختلالات. و هو عمل أكده علماء اجتماع آخرين كسلزنيك، بنديكس. بلاو و جودنر.

-إن التحليل وفقا للاختلالات و للحلقات البيروقراطية الشاذة يشكل قاعدة نظرية لا تقارب البتة تحليل التنظيمات البيروقراطية إلا أن هذا التحليل يبقى إحصائيا من حيث ضرورة وجود تفكير ديناميكي لفهم مشاكل التغيير في تنظيم بيروقراطي من خلال وجود إستراتيجية للفاعل و للنظام البيروقراطي للتنظيم، لهذا اقترح كروزيه دراسة مواصفات البيروقراطية لكن ليس لكونها اختلالات ولكن كمواضيع عقلانية لنظام ما، وكذا من خلال دراسة الحالتين الشهيرتين " وكالة المحاسبة " و" الاحتكار الصناعي "، استخرج كروزيه أربعة صفات أساسية لنظام هيئة بيروقراطية :

- تطوير القواعد المجهولة مع ضمان الاستقلالية و الأمن.
- مركزية القرارات لاستبعاد أي سلطة تقديرية.
- عزل كل فئة مهنية و ضغط المجموعة على الفرد.
- تطور السلطة المتماثلة حول مناطق الشك.



- إن النظام البيروقراطي للمنظمة حسب كروزيه نظام تصحح فيه الأعمال بصورة سيئة، إنه نظام لا يعرف تقويم نفسه، يسير نمطيا داخل نموذج من الحلقات الشاذة حيث تؤدي صرامة المهام وانعزال الفئات المهنية إلى مشاكل يستعملها الأفراد لزيادة قوتهم، وتتسبب هذه الوضعية في إعاقات وضغوطات بسبب سن قوانين جديدة و دعم المركزية. بهذا الترتيب، فإن الفاعل شخص فعال يريد الحصول على أفضل امتياز من وضعيته. " لم يعد مخطط التأويل هذا مبنيا على الردود السلبية للعامل البشري و إنما على الاعتراف بالطبيعة النشيطة للعامل البشري الذي يريد بأي طريقة وفي جميع الظروف الحصول على أفضل تأييد ممكن بكافة الوسائل المتاحة له"<sup>1</sup>

كما تطرق كروزيه لمشكلة التغيير من خلال:

- اكتشف المشكلة عند دراسته للتطور في نظام هيئة بيروقراطية، في الحقيقة نظرا لصرامته فإن هذا الأخير لا يمكنه التكيف بسهولة مع التطورات المحيطة به. فهو يقاوم و لا يمكنه القيام بالتغيير إلا من خلال الأزمات التي تعقبها فترات طويلة من الروتين، ولتسوية الأزمات تكلف الإدارات الأعوان القادمين من الأسلاك الحكومية المهمة الكبرى.

- بعد تعريف ما هو نظام منظمة بيروقراطية و ذكر مواصفاته و شرح ديناميكياته، حاول كروزيه شرح موارد وأسباب ترسخ النظام البيروقراطي متسائلا ما إذا كانت ظاهرة البيروقراطية ظاهرة ثقافية فرنسية، ستسمح دراسة العلاقات بين ظاهرة البيروقراطية و النظام الاجتماعي الثقافي، و التي لم تدرس بشكل كاف إلا من زاوية القيم، بمعرفة سير المنظمات المنظور إليها كنظام قرارات و مكان للتعلم وتكوين علاقات إنسانية، وقد استخرج مواصفات من وكالة المحاسبة والاحتكار الصناعي بعض المواصفات الثقافية الفرنسية: عزلة الفرد وهيمنة النشاطات الرسمية عزلة كل استراتيجي، صراع الاستراتيجيين بين بعضهم وفقا لمصالحهم.

<sup>1</sup> Michel crozier, le phénomène bureaucratique, op.cit., P 237

- تتدرج تحت هذه المعالم: التسرب أمام النزاعات، العلاقات إزاء بعضها البعض والتبعية، صعوبة تقبل القيادة، مع طرح مشكلة فهم السلطة، ففي فرنسا، هي عالمية وحتمية وتورث من السياسة الملكية، تعرف العقلانية بأنها حرية المجموعة في عدم الانصياع لرغبات الآخرين. ويلائم النظام البيروقراطي الفرنسي غير الشخصي و المركزي جيدا التعارض حول السلطة ومتطلبات المجتمع من خلال ضمان استقلالية الفرد و تأكيد نجاح العمل الجماعي.

- يكمن الخلل الرئيس في نظام المنظمة البيروقراطية في صعوبة تكيفه مع التغيير الذي لا يحدث إلا بسبب الأزمات و يُعنى بكامل المؤسسة. وتكشف هذه الوضعية عن ضعف القوة المركزية التي تبدو مقتدرة و لكنها ليس لها في الحقيقة أي تأثير على مرؤوسيهها. و هو الحال في الوكالة و الاحتكار.

تناول المؤلف أيضا ظاهرة البيروقراطية و النموذج الفرنسي في التطور العام للشركة الصناعية وأشار إلى أن:

- أنظمة المنظمة هي المجالات المفضلة لتعليم الأشخاص الذين يحولون تصرفاتهم و قيمهم من خلال أفعالهم و نجاحهم و فشلهم. ويتدخل عاملان اثنان في تطوير الأشكال الجديدة للمنظمة: التقدم التقني و تطور الأفراد داخل المؤسسة التي تتعقد.

- تحت ضغط الفعالية، تتطور الديمقراطية حسب مفهوم فيبر لكن دون نتائج مشكوك فيها. ويمر منحناها صعودا بالضرورة بجعل النظام البيروقراطي للمنظمة مرنا وبتجاوز الحلقات الشاذة. ويمنع الحفاظ على أي نظام بيروقراطي في منظمة ما تطوره ويجعل من اللامركزية عملية غير ضرورية لارتفاعه. وتتعارض فيه القوى المتضاربة: الحد من العقلنة للحفاظ على مناطق الشك والكفاح لفرض دائما على الآخرين الأكثر عقلنة و بالتالي فرض التوحيد والتخطيط.

- أمام تسارع التغيير وبالمجتمع ككل، على ما يبدو فقد بلغ النظام البيروقراطي الفرنسي أوجه بسبب صرامته كالتى تتعارض من جهة مع الكفاءة التي تقتضيها المشاركة و التعاون و التوازنات، ومن جهة أخرى مع الإمكانيات الجديدة الأكثر عقلانية و الأقل تكلفة للشركة. فالأنظمة البيروقراطية لا يمكنها لا مجابهة منافسة المنظمات المرنة ولا الاستمرار في استعمال معايير كتلك الخاصة بالتكوين.

- تفرض إستراتيجية عمل جديدة نفسها وتقوم على التوقع والمبادرة والتعاون، وقد قدمتها الدولة مع تأسيس لجنة التخطيط وطرق الاقتصاد الجماعي. وتتحقق المساواة والاستقلالية والترتيب الصارم خارج هذا النظام. وتضعف الفروق الاجتماعية وتحذو الفروق الثقافية الأكثر صمودا حذوها، معبرا عنها بالتغيير في علاقات السلطة.

#### ب- كتاب الفاعل والنسق: ألفه ميشال كروزيه وفريدبيرغ

قام هذا المؤلف المشترك بين كروزيه وفريدبيرغ على سؤال: بأي شروط و بمقدار أي قيود يكون العمل الجماعي أي العمل المنظم للأشخاص ممكنا؟<sup>1</sup>

- حسب المؤلفين، فإن مشاكل التنظيم والعمل الجماعي ليست عبارة عن معطيات طبيعية بل هي دائما حلول خاصة أوجدها واختلقها و أنشأها الفاعلون المستقلون نسبيا باستعمال مواردهم و قدرتهم لحل المشاكل التي يطرحها العمل الجماعي و التعاون قصد الوصول إلى الأهداف المشتركة على الرغم من اختلاف وجهاتها.

- انطلاقا من هذه الفكرة، لاحظ الكاتبان أننا نعيش عموما مع صورة خاطئة تماما عن العمل المنظم. فنحن بعيدون كل البعد عن عقلانية سير المنظمات. تبدو هذه الكرونولوجية مستحسنة إن قمنا بفحصها فقط من زاوية النتائج المراد تحصيلها (حيث المنتج في آخر السلسلة)، في المقابل يتغير مفهومها جذريا إن اكتشفنا أن هذه التروس هي من صنع أشخاص معينين. لم يقترب الواقع أبدا من هذه الصورة أو الوهم، حيث

<sup>1</sup> Michel crozier, Erhard friedberg, Op.Cit., p 15

- تتوقف العملية في النموذج التبسيطي من التنسيق الآلي و في النموذج الحتمي من أفضل طريق وحيد.
- بالتالي يطرح التنظيم مشكلة للفاعلين لأن سيره يعتمد على منطق حذف " الفجوة " بين النظرية والتطبيق، بين العقلانية التي تم منحها من خلال استحسان و ثقة الفاعلين قيمة أكبر لفعالية النتائج الجماعية، ومن جهة أخرى من خلال تعقيد التصرفات الإنسانية.
  - بالنسبة للكاتبين يصل التأثير غير البديهي إلى العمق بالرغم من كل مجهود للعمل الجماعي. ويتواجد المشكل حسبهما على مستوى الوساطة غير القابلة للتخفيض بين المقاصد التي نتبعها من جهة، ومن جهة أخرى الوسائل التي نستخدمها لتحقيقها. إنها منشآت العمل الجماعي و هيكله المجالات وما ينشئها.
  - يتخلى السياق التنظيمي عن مكانه لمفهوم " المنشأ التنظيمي " حيث يحتفظ الشخص بمقدار صغير من الحرية لا يمكن منعه من استعمالها لمحاربة النظام: التصرف، الحساب، التكيف..... ضد أي وسيلة حتمية.
  - بعيدا عن نموذج تايلور " الإنسان عبارة عن يد " و النموذج الإنساني " الإنسان عبارة عن يد وقلب " فالإنسان قبل كل شيء عبارة عن رأس، مبتكر، يمتلك فسحة من الحرية غير قابلة للتقليص في متابعته لنشاطاته كما يظهره لنا التحليل الإكلينيكي للمنشأ التنظيمي و لسير ورشات الاحتكار الصناعي.
  - إن التفكير في الفاعل غير كاف لأن سلوكه لا يمكن تصوره خارج السياق الذي يستمد منه عقلانيته وأهمية تقديم فكرة الإستراتيجية. في حين يصبو التفكير وفقا للأهداف إلى عزل عامل المنظمة الذي تعارضه، ويوجب التفكير وفقا لإستراتيجية البحث داخل السياق التنظيمي عن مكانه ولفهم المنشأ التنظيمي في نظر الفاعلين.
  - لا يمكن للكائن البشري التفاوض كما يعتقد مارش وسيمون لأن عقلانيته تبقى محدودة بفسحة حرته و معلوماته، وعليه لا يمكن تخيل إستراتيجية

الفاعل فقط وفقا للأهداف الجلية و للمشاريع الواضحة لكن كلعبة في المنظمة، ملازمة لسلوك ومنظور المشارك. كما تتجلى إستراتيجية الفاعل بهيئتين اثنتين: عدوانية للحصول على الفرص و تقييدها، ودفاعية وقائية للتصرف و الهروب من القيود.

يستعمل التحليل الاستراتيجي التصرفات كأداة بحث واسعة لاكتشاف الألعاب، وينظر للمنظمة كمملكة علاقات القوة والتأثير والتبادل والحسابات، وكتشييد إنساني ليس له معنى بعيدا عن أعضائه.

- من المنظور الاستراتيجي، العلاقات المختلفة هي علاقات القوة. وتعرف القوة هنا باعتبارها علاقة بنيوية تتسم بعدم اتزان علاقة متبادلة، وبتمكن بعض الأفراد أو المجموعات بممارستها على أفراد و مجموعات أخرى. و تمتلك القوة طابعا مترابطا، فهي مقترنة بسعة منطقة الشك وبعدم توقع سلوك الفاعل إزاء شركائه، و بالتالي يمكن تصنيف أنواع القوى تبعا لمختلف أنواع مصادر شك الفاعل:

- إتقان مهارة معينة
- التحكم في التواصل والمعلومات
- علاقة المنظمة بمحيطها من أجل حاجاتها للموارد أو للبيع.

- من خلال تقديم التحكم في العلاقات مع أجزاء المحيط كمصدر للقوة داخل المنظمة، قدم الكاتبان لبنة أخرى لـ " نظام العمل الداخلي " كان لابد من تحديد بأي آليات وساطة تعمل هذه العوامل السياقية وتغير من قواعد اللعبة فيها، في الواقع يجب على المنظمة تحليل المحيط كمجموعة منشآت سياسية وثقافية، كنظام داخلي تنظيمي، كلعبة للفاعلين و اكتشاف آلياتها للتسوية ويجب أن تندمج في علاقة قوة مع مصادر الشك لديها والتي سيتوجب عليها التفاوض عليها قصد جعلها مستقرة وشخصنتها من حيث أهمية ما يسميه الكاتبان " البدائل " ( الممولون، عملاء البنوك،...) حيث يجب على المنظمة محاولة دمجها جزئيا ليتمكن المحيط بدوره التكيف مع متطلباته، وعليه يتم

- تحليل آليات التسوية من خلال العلاقات مع العناصر الخارجية الموجهة قبل كل شيء إلى المنظمة حيث ستبقى الحدود متغيرة تبعا للظروف و للفرص.
- لإنهاء تحليل آليات التسوية والوساطة بين نظام العمل الداخلي و سياقه أدمج ميشال كروزييه وفريدبيرغ التنوع الثقافي، كما يمكن تعريف الفعل البشري باعتباره عملية فعالة حيث يتعلم الأشخاص استعمال الأدوات المادية والثقافية الموضوعة تحت تصرفهم لحل مشاكل وقيود وفرص مختلف الوضعيات التي تقدم لهم كما يظهره مثال دراسة الإدارات الفرنسية لميشال كروزييه الذي فرز المعالم العامة الثقافية والسلوكية (التنظيم المجهول مركزية القوة التقريرية، وتطابق الأفراد في المجموعات المتماثلة، تطور القوى المتوازية ومناطق الشك غير المتوقعة) و يظهر أن هذه الأخيرة تخضع للمنطق الرسمي للحماية قصد ضمان حرية و تعاون الأفراد.
- منطلقين من الآثار المشوهة في القضايا الإنسانية، حلل الكاتبان هذه الآثار كأنها " آثار نظام " من المقياس الذي يظهر فيه كمنتج لنظام ما أي لمجموعة متشكلة كمجال بنيوي، كما تبنى الكاتبان تفكيراً حول ملكيات مجموعة ما باعتبارها نظاماً، وتفقيد تحليلاتهما بالتزامن بطريقتي تفكير متكاملتين ومتعارضتين ومتقاربتين في آن واحد: التفكير الاستراتيجي والتفكير النسقي. ينطلق التفكير الاستراتيجي من الفاعل لاكتشاف النظام الوحيد الذي يفسر فقط من خلال القيود، المظاهر غير العقلانية لسلوك الفاعل، وينطلق التفكير النسقي من النظام، ولقلب التفكير التنظيمي إلى تفكير نسقي، قدم الكاتبان موضوعاً جديداً: " نظام العمل المحدد أو العيني". بالنسبة لهما نظام العمل الملموس أو العيني عبارة عن مجموعة بنيوية تتسق أعمال مشاركيه من خلال آليات ألعاب مستقرة نسبياً والتي تحافظ على بنيتها، أي استقرار ألعابها و العلاقات بين هذه الأخيرة، عن طريق آليات ضبط تشكل ألعاباً أخرى .
- أوجد الأشخاص الأنظمة كحل لمشاكل العمل الجماعي، والتبعية الداخلية أو التعاون والنزاع. وعليه يبقى وجود هذه الأنظمة مشكلة لأنه منوط بتسوية

وضبط نفس هذه الألعاب حيث لا تبنى هذه الآليات لا بتقديمها إلى هيئة ضابطة لاستعمالها، ولا بممارسة إكراه حتى بدون وعي، ولا بآليات تسوية متبادلة، ولكن بحسابات الفاعل العقلية والإستراتيجية.

- يعتبر نظام العمل المحدد منشأ ملازما يتملص من التفكير العالمي والحمي لأفضل طريق وحيد الذي يصطدم بصعوبات التغيير وباستحالة اتخاذ الأشخاص لقرارات فعالة، وتسطر هذه النظرة أهمية الخيارات والقرار وبالتالي أدوات فهم هذه الآليات، من خلال معالجة لاسيما العلاقة بين عقلانية المقرر وعقلانية النظام للانتقال إلى عقلانية الفاعل: عقلانية محدودة بالنسبة للمقررين فهم لا يعلمون ما يريدون فيبحثون عن أهداف تتماشى وخبرتهم، كما أن أفضل الإداريين هم أولئك الذين عرفوا من خلال الظروف كيفية تشكل الخبرة واكتشفوا تصرفات وسلوكيات أهداف أخرى، يتعلق الأمر بتوجيه القرارات من خلال تحديد المشكل أكثر منه النزاع على الأثمان والامتيازات، والوعي بأهمية صواب المعلومة التي تعتمد عليها الخيارات ويشير الكاتبان إلى نسبة الأدوات والمفاهيم الأكثر استعمالا على وجه الخصوص للخروج بتشخيص، ويرجع هذين الأخيرين ذلك دائما إلى ثقافة المقرر الضئيلة كما يبينه مثال أزمة الصواريخ بكوبا، كون الإنسان سجين وأسير الوسائل التنظيمية التي يتعين عليه استخدامها للتصرف، وعليه فإن قوة الخمود للنظام الناشئ عن المقرر معتبرة.

- أما العنصر الأخير الذي عالجه و تطرق إليه الكاتبان هو مشكل التغيير وقد كان هذا الأخير فعلا موضوع النظريات الإحصائية الماركسية من جهة والليبرالية من جهة أخرى، باعتبارها مرحلة منطقية للتطور الإنساني الحمي كفرض نموذج تنظيمي اجتماعي أفضل أو كنتيجة طبيعية للنزاع بين الناس، في الحقيقة، هذه الأفكار مبنية على فكرة أن التغير ظاهرة طبيعية وعلى رفض اعتباره مشكلا، التغيير بالنسبة لميشال كروزيه وفريدبيرغ ظاهرة نظامية. و ليكون هناك تغيير يجب أن يتغير نظام عمل بأكمله بمعنى أنه يجب على الأشخاص تطبيق علاقات إنسانية جديدة و أشكال

جديدة للمراقبة الاجتماعية، لا يتعلق الأمر بتقرير بنية أو تقنية أو طريقة جديدة ولكن طرح عملية تغيير تتضمن فعل وردود فعل ومفاوضات تعاون، من خلال هذا المنظور، سيكون التغيير نتيجة لعمل جماعي ستكون من خلاله موارد وقدرات المشاركين معبأة، بل مستحدثة لتشكيل ألعاب جديدة حيث سيسمح التنفيذ الحر للنظام بالتوجه أو إعادة التوجه كمجموعة أشخاص وليس كآلة.

ج- كتاب دولة متواضعة دولة معاصرة: من تأليف ميشال كروزيه.

يرى كروزيه أن الدولة البيروقراطية على الطريقة الفرنسية قديمة تماما فالدولة المعاصرة وقبل كل شيء دولة متواضعة لا تتحكم ولا تعرف ما هو أهم من مواضيع - ما هو مهم بالنسبة لها- من خلال تفكير استراتيجي كالتالي: تشخيص - مشاكل - إستراتيجية، اقترح ميشال كروزيه نظريته عن تجديد الدولة من خلال التواضع.

- تم تسخير القسم الأول من الكتاب لإيجاد تشخيص عام لسياق وسير الدولة الفرنسية بدءا من إعداد قائمة بالمناسبات المتعددة والتي أضاعها وفوتها مختلف المسيرين والحكومات المتعاقبة بعد التحرر، فقد أظهر كروزيه تغلغل الظاهرة والحلقات الشاذة للبيروقراطية داخل النظام الحكومي الفرنسي. في الحقيقة، لم تتجح لا الحقبات المتعاقبة من التجديد التقني ولا المبادلات الثقافية والمجتمعية، ولا التداول السياسي على السلطة (يمينا وشمالا) في التغلب على مقاومة النظام السياسي الإداري، كما اتهم ميشال كروزيه المسيرين السياسيين الفرنسيين بغياب خيال سياسي واجتماعي يجعلهم غير مبصرين للسلوكيات والرغبات الحقيقية للفرنسيين وكذا الفرص التي كان بإمكانهم الحصول عليها<sup>1</sup> بالنسبة لكروزيه، توجد علاقة متناقضة لكن عميقة بين صرامة الأهداف المثالية وبين أهداف العمل وبين الأشكال التكنوقراطية من حيث تنفيذها<sup>2</sup> وهي تماما وجود فريق مسير أغلب عناصره

<sup>1</sup> Michel crozier, état modeste état moderne, éditions Fayard, paris, France, 1987, p 29

<sup>2</sup>Ibid, p 31



تكنوقراطيون ومقيدون بضغوطات حتمية بإدارة ذات توجه تكنوقراطي ما يفسر عدم القدرة على فهم الواقع و حتى تقبله<sup>1</sup>

- إن المجتمع الفرنسي غير راكد بل مجتمع جد حيوي و بالغ النشاط لكنه - كغيره من الدول الغربية - مصاب جراء الثورات ما بعد الصناعية<sup>2</sup>. فآزمة التسيير العمومي عالمية غير مقتصرة على فرنسا، ويمكن خصيصا تفسير هذه الحالة بالتقاطع الكبير بين ضرورة تدخل الدولة وطلب تدخلها. في الحقيقة أصبحت العديد من المشاكل التي كانت قطاعية و جهوية مسبقا عامة ووطنية بسبب الترابط الكبير لجميع النشاطات، ويمكن أن تظهر الدولة كالإطار الوحيد الواسع الذي يسمح لكافة المعنيين أن يكونوا شركاء في تسيير المشاكل المشتركة.

- بناء على هذه الوضعية، فإن مخطط " المجتمع الراكد" المرسوم سنة 1970 معكوس حيث مائل الكاتب المجتمع ودولته كأنه لطالما كان للشعوب حكاما وصلوا إلى النظام الذي يطمحون إليه.

- مع التغيرات الثقافية والاجتماعية الدائمة، لم يعد للمجتمع الفرنسي الدولة التي يريدونها<sup>3</sup>. إن الدولة المنهك كاهلها بالمؤسسات البيروقراطية والصور النمطية التكنوقراطية متخلفة عن مجتمعها، يفسر بلا شك الانفصال والتمايز بين الذين يسيرون النسيج الجماعي والذين يستفيدون من هذا التسيير، في الواقع النظام الإداري الفرنسي نظام جد متمركز وهو يلعب دورا مهما في المجتمع، ربما ما يراه الكاتب من وجهة نظر مادية لا وجهة نظر نفسية وعليه فإن أول عقبة لتجديد المجتمع هي الحكومة، التحدث عن حكومة متواضعة يعني مناقشة أن تكون الدولة قادرة على التكيف وأن تقبل الاعتراف بأنها متأخرة وأن أفضل وسيلة لتساهم في تجديد البلد هي قبولها تجديد نفسها أولا.

<sup>1</sup> Michel crozier, état modeste état moderne, Op.Cit, p 39

<sup>2</sup> Ibid, p 47

<sup>3</sup> Ibid, p 57

- ينبغي إعادة التفكير كلياً في التدخل الفعال للحكومة في الاقتصاد لأن التكنوقراطيين وإن كانوا أذكاء، تنقصهم الكفاءة وحرية التعبير اللازمين لاتخاذ القرار محل مطبقي هذا الأخير.
- في المقابل، تلغي الحكومة تماماً الاستثمار في مجال تطوير المعارف والأبحاث المتوفرة لتوضيح القرارات الاقتصادية والتقنية والمالية العمومية والخاصة على حد سواء.
- في الأخير ينبغي إنشاء فلسفة تنظيم جديدة مبنية على فكرتين اثنتين: من جهة تبسيط القوانين ما يسمح بحل تعقيد المشاكل، ومن جهة أخرى فقط التعاون الفعال للمواطنين والمهنيين يمكن أن يسمح له بإكمال المهمة في المجال الاقتصادي.<sup>1</sup>
- بالنسبة لكروزييه، الدولة المتواضعة التي ينبغي لنا إنشاؤها ليست دولة "دعه يقوم بذلك" وإنما هي دولة تتصرف لا لتفرض الآراء القبلية أو البديهية للتكنوقراطيين بها من خلال التحكم أو التنظيم، ولكن للمساعدة في تحويل القوانين العميقة للأنظمة الإنسانية الفعلية<sup>2</sup>، ويتسم التطور الاجتماعي الاقتصادي للمجتمعات المتقدمة بهيمنة ثلاثة مسارات كبيرة:
  - تراجع نموذج الاستهلاك والإنتاج بالجملة.
  - عولمة الاقتصاد.
  - أهمية التكنولوجيا المتطورة.
- ستزدهر فقط المجتمعات التي يمكنها التكيف مع هذه التحولات. ويعتبر تكيف مماثل صعب على وجه الخصوص حيث ذكر أنه يتطلب حلولاً تبدو متناقضة في ظاهرها ولا يمكن الاتفاق عليها إلا في فلسفة التسيير العمومي غير الذي يهيمن عليه النموذج التقليدي للصالح العام.

<sup>1</sup>Michel crozier, état modeste état moderne, Op.Cit, p 115

<sup>2</sup>Ibid, p 128

- إن فرنسا بحاجة لنموذج أكثر جماعية، أكثر تخصصا، أكثر مرونة وأكثر تكيف حيث لا يغدو الهدف فيه للحماية والتسوية وإنما لتطوير النشاط الفردي والتجديد.
- بعد ترسيخ الفكر المجتمعي الديمقراطي لمدة طويلة، تم تجاوز الانفصاليين الاقتصاد والمجتمع، في مجتمع حيث يتخذ الفاعل البشري الامتياز ويصبح المصدر الحقيقي للتنافسية، تجاوزت الخدمة الاجتماعية دورها التقليدي في التوزيع لتصبح بذلك عنصرا جوهريا في مجموع عوامل الإنتاج.<sup>1</sup> كما لا تبدو بلادة أنظمة الحماية الاجتماعية محطة إلا لهيمنة الكيانات المهنية عليها التي تنتظم على مستوى المؤسسات. بالنسبة للكاتب، لن يكون هنالك تنظيم ذاتي إلا إن أصبح المتعلم والمريض من جديد زبائن للمصلحة و ليس فقط مجرد مسيرين.
- ولهذا، يجب على الدولة القبول مسبقا الانصياع للقانون المشترك الذي يمنح بنفس السلطة أن تكون حكما أو جزءا منها، مما يعني أنها لن تحتكر بعد المصلحة العامة مؤسسة بذلك أنظمة أكثر تفتحا تتضمن مشاركة أقوى ومساهمة أكبر للزبائن مستفيدين كانوا أم ضحايا، إنه دور الدولة المتواضعة.
- تمت مناهضة المنطق الكمي لدى المجتمع الصناعي فالجودة هي مشكلة كل مجتمع متقدم حاليا، ويعتبر دور الدولة هنا دورا مصيريا في هذا التوجه فهو يتحكم من جهة في أغلبية المصالح: البحث، التعليم، الصحة، الخدمات الاجتماعية... ويشكل بدوره من جهة أخرى تكتلا كبيرا للمصالح التي لا يمكنها النجاح إلا ضمن منطق نوعي، بالنسبة لكروزيه، ينبغي للدولة المتواضعة الاستثمار في النوعية و التسويات الجديدة للمجتمع. في الحقيقة تتطلب النوعية أو الجودة أولا الاستثمار في تحويل النخبة بحيث تصبح أكثر انفتاحا وتلعب دور الاستكشاف والتطور بطريقة أحسن، وهي أدوار مرتبطة بالنجاح الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع، في هذه الفلسفة، يعد التغيير

<sup>1</sup> Michel crozier, état modeste état moderne, Op.Cit, p 143

- والتطور النوعي لنظام التعليم العالي حلا للمعضلة، وسيكون الاستثمار المصيري الوحيد لمستقبل مجتمع ما بلا شك هو الاستثمار في المعارف<sup>1</sup>.
- يرى كروزيه في إنشاء إستراتيجية اختيارا للأولويات تبعا للتفكير الراجح حول الموارد والقيود والأهداف، إن نهج التغيير المبني على التخطيط المسبق وعلى التفكير في القيود المحكوم عليه حتما بالفشل، بالنسبة للمؤلف، يجب أن يتعلق التفكير الأول الواجب اتخاذه بالموارد التي يشكلها الموظفين، حيث ينبغي تغيير طريقة تفكير نخبة الإداريين الذين يشرعون في الإحساس بحالة دونية في التطور الثقافي.
  - تم نقل المجتمع الفرنسي من خلال تطور الإدراكات الذي قادها إلى بساطة أكثر في العلاقات وسلطة سلمية ورسمية أقل، للاستجابة لهذه الحركات يرى الكاتب أنه يمكن لإنشاء طرق ذهنية مختلفة تشكيل حوض لإمكانيات التعلم والتغيير الجديدة، ويعتمد تغيير مماثل على الجو الذي يخلقه نخبة الإداريين حول الأفكار الجديدة.
  - بالنسبة لكروزيه، ليست قوة النماذج الذهنية الأكثر عصرية وفعالية ما سيلفت انتباه هؤلاء النخبة و يعطيهم دافعا لتغيير آخر، في هذا السياق، هي طريقة تحضير القرارات، نوع المعلومة المستقبلية التي هي في اللعبة، من حيث أهمية إنشاء نموذج جديد لتحضير و تقييم القرارات الجماعية، في هذا المنظور، يمكن لإنشاء خلايا التحضير بالقرارات في كافة القضايا الكبيرة حيث يتم اتخاذ تلك الأخيرة، وتكوين الموظفين السامين بتقنيات وتطبيقات الدعم في مجال التحليل، المساهمة في بدء الحركة.
  - الدولة المتواضعة هي دولة جديدة نتاج بناء شاق مستوحى من التفكير البارغماتي المغذى والمتأثر باتصال دائم مع الواقع بتعاون مع الحالة المدنية.
  - بالنسبة لكروزيه، لا بد من استكمال التفكير في القرارات بتفكير ثان يتعلق بتقييم العمل، لتغيير النظام لا يجب فقط إجراء تبادل أفكار تفكير جديد

<sup>1</sup> Michel crozier, état modeste état moderne, Op.Cit., p 179.

ولكن تبادل تطبيقات التحكم والمراقبة مع تطبيقات تقييم النتائج التي ترسخ واقع الخدمة المنجزة والزبون المسير بحيث نستفيد في مركز ألعاب القوى بين الموظفين، كما يجب أن تتم معارضة نظام يكون النزاع فيه على الطريقة الأمريكية لأي سبب كان بطرق أخرى تمنح المواطنين إمكانات الخروج وتسمح بالمرّة بتطوير التعاون و تقليص العداوات.<sup>1</sup>

- لقد فشلت الحلول التكنوقراطية، حين تعلق الأمر بعقلنة اختيارات الميزانية بفرنسا أو نظام تصميم برمجة الميزانية الأمريكي الشهير، وحدها المناهج التي تضع المسير في منتصف مضمون التقييم مناسبة لتبادل طريقة تحضير القرارات المذكورة آنفا والتي تسمح بإحاطة أفضل للمعلومة السديدة وتضمن التواصل المقبول بين المجموعة الإدارية، أسمى شخص في الدولة والمواطنين، من المؤكد أن إنشاء خلايا تحضير القرارات وتطوير إجراءات تقييم نتائج العمل الإداري أولية ولكنها في بعض الحالات هي أفعال محيطية.

- للتوصل إلى دولة متواضعة، لا بد من تغيير الحالة الذهنية للمستخدمين ويتطلب إصلاح النظام الإداري الفرنسي أولاً تغييراً جذرياً في تسيير المستخدمين لأن الإدارة وقبل أي شيء عبارة عن أشخاص تربط بينهم قوانين وعادات.

- تسيير المصالح البيروقراطية المستخدمين تبعاً للقواعد والمعايير التي لا صلة لها بالأهداف الواجب إتباعها و بالنتائج المراد الحصول عليها.

- مازال ثقل البيروقراطية القاطع بالضرورة محطماً، لا يمكن القيام بأي إصلاح عميق ما دام الزبون الداخلي لم يتم تعديله بعمق، ولا يشكل الموظفون أبداً بصفتهم أشخاص عقبة، إنه النظام محل النقاش ولتغييره لا بد من استعمال المورد الذي يستعملونه من خلال خلق أنظمة أكثر فاعلية انطلاقاً من تصحيح فكرة الحرفة وإعادة تثمين الحرف التي يمارسها الموظفون، وعليه يجب أن تقوم كل إستراتيجية يراد بها تغيير الدولة على

<sup>1</sup> Michel crozier, état modeste état moderne, Op.Cit, p 233

منح الأولوية للاستثمار في الموارد البشرية، فالإنعاش يأتي من معرفة واقع ونتائج العمل.

### خلاصة:

يعتبر التحليل الاستراتيجي مقارنة منهجية في فهم التنظيم وهي عبارة عن دراسة ميكروسوسبيولوجية انطلقت من الفرد كفاعل محرك لمختلف العمليات التنظيمية وفقا لعقلانيته المحدودة، مع التركيز أن التنظيم ليس نسقا مغلقا، فهو يتواجد في بيئة والتي بدورها تضم مجموعة من الفاعلين الذين لهم تأثير على هذا التنظيم، كما أن الفاعل ليس فردا فحسب، وإنما يمكن أن يكون جماعة.

# الفصل الرابع



### تمهيد

إن ظهور المستشفيات ليس وليد العصر الحديث كما أشرنا إليه سابقا، ولكنه قديم قدم الحضارات القديمة، فقد ظهرت في الحضارة المصرية القديمة، الحضارة البابلية، الصينيين القدامى، الهند القديمة، الإغريق، الحضارة الرومانية، الحضارة الإسلامية، وإذا ما عدنا إلى الجزائر نجد أن المستشفى مرت هي الأخرى بعدة سياسات، كما أنها تأخذ العديد من المظاهر.

## 1-لمحة تاريخية. عن المستشفيات:

## أ- المستشفيات في الحضارة المصرية القديمة:

يعتبر المصريون القدامى من أقدم الشعوب التي مارست الطب والاستشفاء ووصلت فيه إلى مستوى عالي، وهذا ما نلمسه من خلال مخلفات الحضارة المصرية القديمة من تحنيط وما وجد بالأهرامات من آثار إجراء عمليات،... "فالتشخيص وحصر الأمراض، والتحنيط والتشريح والجراحة من الأشياء التي بلغوا فيها شأنا بعيدا، وهذه معابدهم وأهراماتهم ومقابرهم شاهد صدق على براعتهم، وهاهي ذي هياكلهم والمومياء العجيبة العديدة، تحمل آثار عمليات في مختلف أجزاء الجسم، وما تزال كثير من متاحف العالم، تحفظ بين كنوزها وتراها الكثير من البرديات التي تكشف لنا من ألوان الطب التي مارسوها، والأمراض التي خبروها، وجعلوا من (أمحوتب) إلها للطب".<sup>1</sup>

ارتبط الطب المصري القديم ارتباطا وثيقا بالمعابد، حيث كانت تعتبر مشافي يعالج فيها المريض ويلقى فيها العناية من قبل الكهنة، "هذا وتشير الوثائق التاريخية في مصر -حوالي سنة 600 ق.م- إلى وجود معابد قد خصصت لرعاية المرضى وسميت بمعابد الشفاء".<sup>2</sup> وقد ربط الكهنة سبب المرض إلى الأرواح الشريرة، حيث كان لهم " دور لا ينكر في ممارسة مهنة الطب فكانوا هم الذين يقومون بتطبيب المرضى، ويتقاضون رواتب على ذلك من دخل المعابد، وكان قداماء المصريون يعتقدون أن المرض هو نتيجة روح شريرة سكنت جسم الإنسان، وكان فن المعالجة يقتضي معرفة حقيقة هذه الروح الشريرة، والاستعانة على طردها بالتعاويذ والتمايم وأحيانا السحر، و كانت الأدوية والمستحضرات الطبية المستخلصة من الأعشاب والحيوان تستعمل كعوامل مساعدة لطرد هذه الأرواح"<sup>3</sup>

<sup>1</sup> محمد الصادق عفيفي، تطور الفكر العلمي عند المسلمين، القاهرة، مكتبة الخانجي، 1976-1977، ص 170.

<sup>2</sup> سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، ط1، عمان، دار الشروق، 2006، ص 18.

<sup>3</sup> راغب السرجاني، قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية، ط1، القاهرة، مؤسسة إقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، 2009، ص 12.

بعدما كان الطب في الحضارة المصرية القديمة، مرتبط بالعلاج الذي يقدمه الكهنة في المعابد، بدأ الطب يمارس خارج المعابد إذ "بعد ذلك نشأت فئة الأطباء من غير رجال الدين، ثم انقسمت هذه الفئة إلى درجتين: إحداهما وسيلتها السحر والشعوذة، والأخرى كانت تعتمد في علاجها على العقاقير والجراحة، وظهر فيها الأخصائيون"<sup>1</sup>.

### ب-المستشفيات في الحضارة البابلية:

ارتبط الطب القديم عند البابليين -كما عند المصريين القدامى- بشيء من الكهانة والسحر، وكان المرض عندهم يعتبر عقاباً إلهياً على ذنوب ارتكبتها المريض، "ولذلك لم يكن أحد ليحاسب الكاهن أو الساحر على أي خطأ قد يرتكبه في علاج مرضاه، بينما يعاقب الطبيب الجراح الذي يخطئ في علاجه وجراحاته لأنه يعمل بيديه لا بقوة كهنوتية أو سحرية كما يفعل السحرة أو الكهنة!"<sup>2</sup>، وقد كان قانون حمورابي هو المرجع الأساسي الذي يؤخذ به في الطب و ممارسة الجراحة والاستشفاء فشريعته تنص على "أن الجراح إذا ما استعمل مشرطه وأخطأ في استعماله تقطع يده، وإذا تقاضى أكثر مما يستحق يعاقب بالحبس، ولقد نظمت شريعة حمورابي أسعار الخدمات الطبية وأجور الأطباء، وفرضت أيضاً عقوبة على الحاضنات والمراضع اللاتي يهملن العناية بالرضع"<sup>3</sup>.

لم يقتصر الطب في الحضارة البابلية على السحر والشعوذة والجراحة، بل استخدم أيضاً أساليب الوقاية من الأمراض وذلك عن طريق الطب الوقائي الذي الذي يعتمد على التجربة، وتقديم النصيحة، ووصف الدواء النباتي و الحيواني.

بعد ذلك حذا البابليون حذو المصريين القدامى فاتجهوا إلى "وصف العقاقير الطبية التي كانت تشمل على الأدوية العشبية، وإجراء التبخير، واستعمال بول

<sup>1</sup> عامر النجار: في تاريخ الطب في الدولة الإسلامية، ط2، دار المعارف للنشر، القاهرة، 1994، ص 18.

<sup>2</sup> راغب السرجاني، مرجع سبق ذكره، ص 14.

<sup>3</sup> عامر النجار، مرجع سبق ذكره، ص 24.

الحيوانات وبرازها ومسحوق عظامها وإجراء العمليات الجراحية وبخاصة في زمن الحروب.<sup>1</sup>

وقد نفر الأطباء من تناول المسكرات وعالجوا بالمس، وعرفوا الجراحة واستخدموا الحشيش والأفيون للتخدير عند إجراء العمليات، وكان أهل المريض إذا عجز الأطباء عن مداواة مريضهم يضعونه في الأماكن العامة رجاء أن يمر به من كان قد أصيب بمثل ما به، فيصف له العلاج الذي كان قد شفاه<sup>2</sup>، كما أن التطبيب كان يمارس مثله مثل باقي الحضارات القديمة في المعابد و تحت سيطرة الكهنة و السحرة.

وعليه يمكن القول بأن طرق العلاج في بلاد ما بين النهرين انقسمت إلى ثلاثة أنواع:

- المعالجة بالسحر و الطلاسم (الطب النفسي).
- المعالجة بالنصح (الطب الوقائي).
- المعالجة بتشخيص المرض ووصف الأدوية النباتية والحيوانية والمعدنية (الطب المزاجي الطبيعي).

#### ج- المستشفيات عند الصينيين القدامى:

إن تاريخ الطب في الصين يعود إلى ما قبل التاريخ وتحديدًا إلى الألف الثالث قبل الميلاد، " ويعد (واي بويانج) من مشاهير الأطباء الصينيين، وكان (شان نوتج) المعروف باسم الإمبراطور (فيويو) أول باحث عن خواص النباتات، حيث كان يختبر تأثيرها على نفسه. أما جل اعتماد الطب الصيني فكان يعتمد على الأدوية النباتية والكي والوخز بالإبر الذي جعلهم يعتنون بدراسة التشريح"<sup>3</sup>

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص 18.

<sup>2</sup> راغب السرجاني، مرجع سبق ذكره، ص ص 14 15.

<sup>3</sup> نفس المرجع، ص 16.

غير أن بدايات الطب في الصين كان مثله مثل الحضارة المصرية قائم على إيمان الصينيين بأن الأمراض ما هي إلا شياطين وأرواح اقتحمت الجسم. وقد أطلق على الطبيب الذي يعالج تلك الأمراض "الساحر"، وكانت وظيفته إزالة الشياطين والأرواح التي اقتحمت الجسم بواسطة طقوس مختلفة.

برع الصينيون القدامى في مجال الطب الباطني، كما استخدم أطباء الصين بعض الآلات الجراحية البسيطة، يذكر أحمد شوكت الطشي في كتابه -تاريخ الطب وآدابه وأعلامه- أن الطب الصيني القديم كان يعتمد على ما يعرف اليوم بالكي النقطي، "وأساسه غرز إبر محمية في الجلد، لذا يلزم محترف مهنة الكي النقطي أن يفهمها ويتعلم أسماءها، ويدري تماما مواضعها، إذ لكل منها في اعتقادهم علاقة بجزء من أجزاء الجسم الباطنة"<sup>1</sup>، و كان الاستشفاء عندهم أيضا يتم داخل المعابد.

#### د - المستشفيات في الهند القديمة:

لقد كان الهنود يعتقدون أن المرض مرتبط بالآلهة التي تحمله لهم، وارتبط الموت عندهم باللون الأحمر وبالإله براهما الذي في اعتقادهم خرج الموت من جسده "في صورة إله على رأسه إكليل من زهور اللوتس، ويرتدي ثيابا حمراء داكنة فاللون الأحمر في الهند هو رمز الموت. وعندما أمره براهما أن يقتل الكائنات الحية لأن الناس كانوا خلال العصر الذهبي خالدين لا يموتون فامتألت الأرض بهم، أخذ يبكي ويتضرع إليه ليعفيه من هذا العبء المرير، ولكن براهما كان صارما في موقفه. أما دموع الموت مرينيو فقد جمعها في كفه، و تحولت إلى أمراض تقتل البشر في الموعد المحدد."<sup>2</sup>

على غرار الحضارات القديمة كان الطب عند الهنود قديما ممزوجا بالخرافات والأساطير، ولكنهم تميزوا بفن التشريح، و اشتهروا بالجراحة بأنواعها المختلفة، وقد

<sup>1</sup> راغب السرجاني، مرجع سبق ذكره، ص 16.

<sup>2</sup> أسامة عدنان يحيى، السحر و الطب في الحضارات القديمة، ط1، عمان، دار أمواج للطباعة و النشر، 2015، ص ص 77 78.

كانوا يعتقدون أن كل العلل تولد مع الإنسان، وتظهر نتيجة للذنب أو فساد الأخلاق.

تم بناء المستشفيات في الحضارة الهندية "وأطلق عليها تسمية السيكيستا (cikista) أي معابد الشفاء، وقد قيل بأن الأطباء الهندوسيين (hindu) قد كانوا جراحين مهرة، وأنهم قد اكتشفوا أهمية النبض في تشخيص أمراض الإنسان واستخدموا العقاقير لعلاج المرضى، وأن الأماكن التي كان يقدم فيها العلاج قد تميزت بنظافة بيئتها، كما ذكر أيضا بأن المرضى الذين كانت تدعو حالتهم المرضية للمراقبة كانوا يمضون ليلة -على الأقل- في هذه المستشفيات.<sup>1</sup> وبالتالي فإن مكان العلاج ارتبط عندهم أيضا بالمعابد.

هناك العديد من الإشارات و الدلائل التي "تفيد أن الهنود استعملوا التلقيح ضد الجدري، كما مارسوا عمليات التجميل، و ترقيع الجلد والتوليد عن طريق البطن (العملية القيصرية)، ورتق الفتوق، واستخراج الحصى من الإحليل والمثانة، وقح العين، وبتز الأعضاء، وتحضير السموم ومضاداتها. واستخدموا لتوقيف نزيف الدم في العمليات الجراحية الضغط والدهون الحارة، واستعملوا الكي لنفس الغرض، وكان لديهم من الأدوات الجراحية ما يزيد عن المائة آلة.<sup>2</sup>

يمكن القول أن "أعظم اسمين في الطب الهندي هما ((سوشروتا)) في القرن الخامس قبل الميلاد و ((شاراكا)) في القرن الثاني بعد الميلاد؛ فقد كتب سوشروتا -وكان أستاذا للطب في جامعة بنارس- باللغة السنسكريتية مجموعة من أوصاف الأمراض وطرائق علاجها، وكان قد ورث العلم بها من معلمه ((ذانوانتاري))؛ فبحث في كتابه بإطناب في الجراحة، والتوليد، والطعام الصحي، والاستحمام، والعقاقير، وتغذية الرضع والعناية بهم والتربية الطبية.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص 18

<sup>2</sup> راغب السرجاني، مرجع سبق ذكره، ص 18

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص 19

أما الاسم الثاني فيتمثل في ((شاراك)) الذي "أنشأ ((سامهيتا)) (ومعناها موسوعة) تشمل علم الطب، وهي لا تزال مأخوذاً بها في الهند؛ وبث في أتباعه فكرة عن مهنتهم كادت تقترب من فكرة أبقراط: (( لا ينبغي أن تعالجوا مرضاكم ابتغاء منفعة لأنفسكم، ولا إشباعاً لشهوة ما من شهوات الكسب الدنيوية، بل عالجوهم من أجل غاية واحدة هي التخفيف عن الإنسانية المعذبة))."<sup>1</sup>

إن الطب في الهند القديمة لم يختلف عن باقي الحضارات القديمة الأخرى والذي شابهه هو الآخر نوع من الدجل و السحر، لكنهم أجروا عمليات جراحية تدل على تطور الطب عندهم، كما كان الاستشفاء يتم داخل أماكن مخصصة لذلك تمتاز ببيئة نظيفة ملائمة للمرضى.

#### هـ-المستشفيات عند الإغريق:

بعد ظهور دولة الفرس وغزوها لمصر في القرن السادس قبل الميلاد، فقدت مصر وبابل استقلالهما، وانتقل مركز العلم إلى بلاد الإغريق حيث حقق الإغريق تقدماً كبيراً في مجال الطب فقد "رفعوا ذلك العلم الذي هو فن في الوقت نفسه، إلى مستوى لم يتجاوزه اليوم، إلا في الجزئيات والمعارف الخاصة."<sup>2</sup>

بلغ الطب الإغريقي ذروة تقدمه خلال العصر الذهبي للحضارة الإغريقية وذلك في حوالي 400 سنة ق.م. عندما ظهرت معابد آلهة الطب (Aesculapius) الإغريقية واعتبرت تلك المعابد أو المستشفيات التي ظهرت في حضارات اليونان والرومان، حيث قيل بأنها قد استخدمت كمأوى للمرضى وللعبادة معاً، وتروي لنا المصادر التاريخية بأن العناية في تلك المعابد قد ركزت على:

تعريض المريض لأشعة الشمس والهواء الطلق، بالإضافة إلى إتباع نظام للراحة والتمرين والاستحمام والطعام. ويمكن هنا أن نجد بعض التشابه بين الأساليب التي اتبعت في هذه المعابد من حيث طبيعتها مع المفهوم الصحي الحديث للخدمات

<sup>1</sup>راغب السرجاني، مرجع سبق ذكره، ص 19

<sup>2</sup>عامر النجار، مرجع سبق ذكره، ص 28.

الصحية. وقد قيل أيضا بأن العقاقير قد استخدمت أيضا لأول مرة في تلك المعابد ولكن بشكل محدود، وتشير السجلات القديمة على أن هناك العديد من المرضى الذين استعادوا صحتهم نتيجة لإتباعهم هذه الإرشادات.<sup>1</sup>

انتهج أهل اليونان طريقتين للعلاج "طريق يعالج المرضى بالكهانة والسحر وكان سدنة هذا التطبيب يتوارثون هذه المهنة، ويضنون بها على عامة الناس وينسبون الأمراض إلى أعمال الشياطين، والعلاج إلى أعمال الآلهة، وطريق اشتغل بالطب على أنه فرع من فروع الطب الطبيعي، واهتموا بالتشخيص الوصفي، وكان ذلك هو اتجاه الفلاسفة، ولم يستقل أحد من هؤلاء وأولئك بالبحث فيه، حتى كان أبقرات (460-357 ق.م) الذي يعتبر أول من بوب الطب ورتبه وبناء على أسس صحيحة، ولذلك سموه أبو الطب.<sup>2</sup>، كما اعتبر أبقرات من أعظم أطباء العالم، فهو أول من أنشأ المستشفيات وأول من وضع قواعد وأصول صحية وغذائية.

كان أطباء اليونان -وعلى رأسهم أبقرات- يعتمدون في الطب على القياس والتجربة، " وكان أبقرات يعتبر أسباب المرض إما بعيدة أو قريبة، فالأسباب البعيدة للمرض إما أن تكون ناتجة عن عوامل الجو أو الأطعمة المتناولة من قبل المريض، أما العوامل القريبة فتحدث من فساد أو سيطرة واحد من الأخلاط الأربعة التي يتكون من الجسم (الدم والصفراء والبلغم والسوداء)، لذا كانوا ينادون بضرورة معالجة الأمراض بالوسائل التي تؤدي لإنضاج الأخلاط وإخراجها من الجسم.<sup>3</sup>

كان لممارسة الطب في الحضارة اليونانية أثر كبير وقفزة نوعيه في هذا المجال سواء من خلال استحداث المستشفيات، أو من حيث أساليب العلاج.

### و- المستشفيات في الحضارة الرومانية:

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص 17 18.

<sup>2</sup> محمد الصادق عفيفي، مرجع سبق ذكره، ص 170.

<sup>3</sup> راغب السرجاني، مرجع سبق ذكره، ص 22.



برع الرومان في العديد من مجالات الحياة خاصة السياسية والحربية منها، إلا أن لهم أيضا إسهامات في مجال الطب والاستشفاء تميزوا بها عن غيرهم، حيث "اشتهر الرومانيون باستعمال الحمية والرياضة والحمامات الساخنة بدل العقاقير المختلفة إلا في الحالات التي لا بد فيها من إجراء العملية الجراحية، مثل الأورام السرطانية والبتير في حالة الغنغرينا وغيرها، كما نالوا سمعة جيدة في استخدام الموسيقى وبعض المهدئات والرياضة لعلاج الأمراض العقلية"<sup>1</sup>

من أشهر أطباء روما "جالينوس" وهو طبيب يوناني سافر إلى روما وعاش بها، وقد "شيد من الطب بناءا متكاملًا متناسقا يتفق من جهة مع الفلسفة الرواقية الذي كان ينتمي إليها، ومن جهة أخرى مع النظرية الغائية Teleological إلى الكون التي ترى أن الطبيعة كلها حكمة، وأن كل جزء من الجسم خلق لغرض حدد له سلفا وأن هنالك علاقة كاملة بين السبب والغرض تقوم دليلا قاطعا على كمال الطبيعة."<sup>2</sup>، وبالتالي فإن تطور الطب في الحضارة الرومانية استمد من الطب والأطباء اليونانيين، الذين نقلوه عن طريق الأسفار.

يجيء اسم "جالينوس" في الطب "بعد اسم أبقراط علما وشهرة، وقد جمع آثار أبقراط في الطب وحفظها من الضياع، وترجم المسلمون كتبه في عصر الترجمة يقول عنه ابن خلدون: إمام هذه الصناعة التي ترجمت كتبه فيها من الأقدمين جالينوس... وتأليفه هي الأمهات التي اقتدى بها جميع الأطباء بعده"<sup>3</sup>، فلم يبقى هذا التطور حبيس الحضارة الرومانية بل انتقل إلى المسلمين عن طريق الترجمة.

بنى الرومان مصحات خاصة لعلاج العبيد "وذلك نظرا لما يتمثل في شفائهم من الأمراض من كسب في الحفاظ على القوى العاملة المنتجة"<sup>4</sup>، لأن الإنتاج والاقتصاد عند الرومان كان مرتبطا باستغلال العبيد.

<sup>1</sup> راغب السرجاني، مرجع سبق ذكره، ص 24

<sup>2</sup> عامر النجار، مرجع سبق ذكره، ص 48

<sup>3</sup> راغب السرجاني، مرجع سبق ذكره، ص 24

<sup>4</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص 18

في ظل الديانة المسيحية "حوالي سنة 500 ميلادية، زودت المدن التابعة للإمبراطورية الرومانية آنذاك بمستشفى تابع للكنيسة تعمل فيه مجموعة من المتطوعين الذين يعملون في سبيل الله، غير أنه لم يكن لديهم الكفاءة المطلوبة ولا المقدرة والمعلومات الطبية اللازمة للعناية بالمرضى. وقد سيطرت المعتقدات الدينية نتيجة لذلك، على الاتجاه العلمي وعلى تعاليم مدرسة أبقراط في علاج المرضى كما تركز اهتمام الأطباء في المستشفيات المسيحية، في تلك الفترة على أهمية العطف والرعاية الأبوية على حساب المعرفة العلمية.<sup>1</sup> نستطيع القول أنه وخلال هذه المرحلة سيطرت وطغت الممارسات الدينية على الطب، وبالتالي عرف تراجعاً وابتعاداً عما جاء به أبقراط.

### ز - المستشفيات في الحضارة الإسلامية:

أطلق المسلمون على المستشفى لقب البيمارستان، وهي كلمة فارسية مركبة من كلمتين (بیمار) بمعنى مريض أو عليل أو مصاب و(ستان) بمعنى مكان أو دار فهي إذا دار المرضى ثم اختصرت في الاستعمال فصارت مارستان.<sup>2</sup> ، وقد أسس أول مستشفى إسلامي في "عهد الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك، الذي حكم من سنة 86 هـ إلى سنة 96 هـ، وكان هذا المستشفى متخصصاً في الجذام، وأنشئت بعد ذلك المستشفيات العديدة في العالم الإسلامي، وبلغ بعضها شأناً عظيماً، حتى كانت هذه المستشفيات تعد قلاعاً للعلم والطب، وتعتبر من أوائل الكليات والجامعات في العالم. بينما أنشئ أول مستشفى أوربي في باريس بعد ذلك بأكثر من تسعة قرون.<sup>3</sup>

انقسمت البيمارستانات إلى قسمين: الأول ثابت يتم إنشاؤه في مختلف المدن الإسلامية، والثاني متنقل أو جوال تم إنشاؤه "أيام الخليفة المقتدر، بناءً على توجيه من سنان بن ثابت بن قرة وقد كانت الهيئات الصحية تجهز البيمارستانات الجوالاً

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص 19

<sup>2</sup> أحمد عيسى بك، تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ط1، بيروت، دار الرائد العربي، 1981، ص 4.

<sup>3</sup> راغب السرجاني، مرجع سبق ذكره، ص 77

بالأدوية والأغذية وجميع ما يلزم المريض. وهذا بالإضافة إلى الأطباء والصيادلة ويرسل إلى الأتحاء النائبة بصورة دورية أو عند حدوث الأوبئة كما يرسل إلى السجون، ثم اتسع نطاق المستشفيات الجواله فكانت ترافق الخلفاء والملوك في تنقلاتهم، مثلما ترافق الجيوش.<sup>1</sup>

أما المستشفيات الثابتة فقد بلغت درجة جد راقية في المدن الإسلامية الكبيرة، وكان من أشهرها المستشفى العضدي ببغداد الذي أنشئ في سنة 371هـ، والمستشفى النوري بدمشق الذي أنشئ في سنة 549هـ، والمستشفى المنصوري الكبير بالقاهرة الذي أنشئ سنة 683هـ، وكان بقرطبة وحدها أكثر من خمسين مستشفى.

إن النظام الذي كانت تسير به المستشفيات آنذاك لا يختلف كثيرا عن التنظيم السائد حاليا، حيث كانت تقسم إلى أقسام بحسب التخصص؛ فهناك أقسام للأمراض الباطنة، وأقسام للجراحة، وأقسام للأمراض الجلدية، وأقسام لأمراض العيون، وأقسام للأمراض النفسية، وأقسام للعظام والكسور وغيرها.<sup>2</sup> كما أن البيمارستانات كانت تنقسم إلى قسمين منفصلين "قسم للرجال وآخر للنساء، وكل قسم به عدة غرف وقاعات منها ما هو للأمراض الباطنة ومنها ما هو للعيون والجراحة وما شابه ذلك، وكان قسم الأمراض الباطنية في الوقت نفسه ينقسم إلى غرف: الحميات، حوادث الإسهال، الأمراض النفسية. ولم تخل المستشفيات من بعض الأقسام الخاصة للنقاهاة لكي يستعيد المرضى صحتهم الكاملة."<sup>3</sup>

لم تُعن البيمارستانات بالعلاج فقط، بل كانت تهتم بتعليم الطب أيضا إذ كانت كليات طب حقيقية " فكان الطبيب المتخصص (الأستاذ) يمر على الحالات في الصباح، ومعه الأطباء الذين هم في أولى مراحلهم الطبية، فيعلمهم، ويدونون ملاحظاته، ويصف العلاج، وهم يراقبون ويتعلمون، ثم ينتقل الأستاذ بعد ذلك إلى

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص 20

<sup>2</sup> راغب السرجاني، مرجع سابق، ص 78

<sup>3</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص 21

قاعة كبيرة ويجلس حوله الطلاب فيقرأ عليهم الكتب الطبية، ويشرح ويوضح ويجيب عن أسئلتهم... بل إنه يعقد لهم امتحانا في نهاية كل برنامج تعليمي ينتهون من دراسته، ومن ثم يعطيهم إجازة في الفرع الذي تخصصوا فيه.<sup>1</sup>

كانت هذه البيمارستانات تحتوي على "مكتبات ضخمة تحوي عددا هائلا من الكتب المتخصصة في الطب والصيدلة وعلم التشريح ووظائف الأعضاء... إلى جانب علوم الفقه المتعلقة بالطب، وغير ذلك من علوم تعم الطبيب.<sup>2</sup>

تتميز البيمارستانات بمجموعة من الخصائص، أهمها<sup>3</sup>:

- عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بالاختلاط بالمرضى الآخرين.
- اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى من الناحية الصحية.
- وجود المستشفى المتنقل (الجوال) عندما تدعو الضرورة وإرساله للمناطق النائية عندما تدعو الحاجة بصورة دورية خاصة إذا كانت تلك المناطق تفتقر إلى الخدمات الصحية الأساسية.
- إنشاء المستشفيات العامة والمتخصصة.
- الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية.
- التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى من خلال القيام بعمليات تشخيص للمرض الذي يشكو منه المريض قبل وصف العلاج ومعرفة الجوانب الضارة له.
- تنظيم مزاوله مهنة الطب والصيدلة عن طريق الإجازة بواسطة الامتحان.

من خلال ما سبق نتبين أن الحضارة الإسلامية عرفت تطورا كبيرا في مجال الطب عموما وتنظيم المستشفيات بصفة خاصة.

<sup>1</sup> راغب السرجاني، مرجع سبق ذكره، ص 78.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 78.

<sup>3</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص 21.

## 2- خصائص ووظائف المستشفيات:

هناك اختلاف بين المتخصصين في المستشفيات حول الخصائص الأساسية التي تتميز بها هذه الأخيرة، وكذا الوظائف التي تنشأ من أجلها، و فيما يلي عرض لأبرز تلك الخصائص والوظائف:

## أ- خصائص المستشفيات:

تتفرد المستشفيات بجملة من الخصائص التي تميزها عن غيرها من التنظيمات الأخرى، نلخصها فيما يلي:

-تعتمد الأنشطة المؤداة في المستشفى على بعضها البعض، مما يتطلب درجة عالية من التخصص والتنسيق فيما بين المجموعات المهنية المختلفة، كما أن الجزء الأكبر من العمل يحمل صفة الاستعجال أو الطوارئ وطبيعته لا تحتمل التأجيل.

-وجود رقابة إدارية محدودة على المجموعة المحددة للإنفاق وهم الأطباء، نظرا لصعوبة ترميط أعمالهم أو السيطرة على مراكز الإنفاق التي يعملون بها.<sup>1</sup>

-المستشفى نظام مفتوح: المستشفى نظام مفتوح يحوي أنظمة جزئية كثيرة تتفاعل مع بعضها البعض.

-يعتبر المستشفى تنظيما معقدا: حيث يشمل عدد كبير من الأفراد علاوة على التخصص الدقيق في أقسامه المختلفة، وأساليب التكنولوجيا المستخدمة في الوقاية والعلاج.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> جبار محفوظ، بومعروف إلياس: دور محاسبة التكاليف الاستشفائية في الرقابة على المستشفيات العمومية الجزائرية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد 2011/05، ص 30

<sup>2</sup> سنوسي علي: تقييم مستوى الفعالية التنظيمية في المستشفيات الجزائرية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، 2009، ص 293

-يعتبر المستشفى "نظاما مركبا من عدة أنظمة فرعية. فهو تجميع لعدة أنظمة لكل منها طبيعة مميزة، وهذا في حد ذاته يمثل تحديا لإدارة المستشفى والمشرفين عليه.

-صعوبة قياس وتحديد مخرجات المستشفى (الخدمات الصحية).

-يتوقف نجاح مجلس الإدارة في القيام بمهمته والحصول على الدعم اللازم للمستشفى على تركيبة وعلاقات أعضائه بالمجتمع المحلي وعلى ما يتوفر لدى ذلك المجتمع من إمكانيات وموارد.<sup>1</sup>

كما تتميز المستشفيات باعتبارها تنظيمًا، بأنها "نظام إنساني من الدرجة الأولى لأنها تعمل من أجل الإنسان المريض أو المستفيد من خدماتها.

-المستشفى نظام متعدد الأهداف.

-المستشفى نظام تزوج فيه خطوط السلطة.<sup>2</sup>

هذه التنظيمات تتميز أيضا بأن عملها دائم ومستمر، "مما يؤدي إلى العديد من المشاكل المتعلقة بالجدولة والتكاليف والرقابة.

-ارتفاع مستوى الصراع التنظيمي بين مختلف الطوائف في المستشفى، سواء كان بين الأطباء بعضهم البعض أو بينهم وبين الطوائف الأخرى.

-إن المستشفيات تهم جميع أفراد المجتمع، بالإضافة إلى أن هذه الأهمية تزداد يوما بعد يوم، خاصة مع زيادة المعرفة الطبية واستحداث طرق علاجية وتمريضية وجراحية حديثة، وكذا استحداث العقاقير والأدوية الجديدة. كما زاد ارتفاع دخل الأسرة<sup>3</sup>، بالإضافة إلى العديد من العوامل التي أدت إلى زيادة أهمية المستشفيات في المجتمعات المعاصرة.

<sup>1</sup> جبار محفوظ، بومعروف إلياس، مرجع سبق ذكره، ص 30.

<sup>2</sup> سنوسي علي، مرجع سبق ذكره، ص 293.

<sup>3</sup> جبار محفوظ، بومعروف إلياس، مرجع سبق ذكره، ص 30.

ب- وظائف المستشفيات:

إن جملة الوظائف التي تقوم بها المستشفيات تعتبر خدمات من الضروري أن تكون ذات جودة عالية لأنها تهدف إلى تقديم المنافع بشتى أشكالها والتي تقدم للإنسان وترتبط بالأساس بحياته إما بحثاً عن شفاؤه من مرض ما، أو تلقيه علماً.

يحدد كارل إيفانج الوظائف التقليدية للمستشفيات بما يلي:

- معالجة المريض.
- القيام بالأبحاث.
- تعليم طلاب الكليات الطبية.

أما كرائنت كولن فإنه يورد وظيفة أخرى إضافة إلى الأهداف السابقة وهي الاهتمام بالصحة العامة، وهو بذلك يتفق مع اتحاد المستشفيات العالمي الذي حدد في اجتماعه الثامن في لندن عام 1953 الوظائف التالية كأهداف للمستشفيات:<sup>1</sup>

- تقديم خدمات طبية ملائمة وعناية صحية إلى المرضى.
- تعليم طلاب الكلية الطبية والمدارس الصحية.
- المشاركة في برامج الأبحاث في المستشفى وفي مختلف حقول الصحة.
- المحافظة على الصحة العامة والمساهمة في وضع البرنامج الوقائي للبلد

إضافة إلى ما سبق فإن مجموع الوظائف التي تقوم بها المستشفيات الحديثة هي مشتركة في جل دول العالم، وهذا ما نوه إليه حسان حريستاني والذي حدد هذه الوظائف فيما يلي:

أ- تحقيق مستوى عالي من جودة الرعاية الطبية للمريض والمصاب:

<sup>1</sup>سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص 31

تقترن هذه الوظيفة بمدى توفر عناصر ضرورية تسمح بتحقيق المستوى العالي والمطلوب من أجل توفير رعاية أمثل للمرضى والمصابين، وتتمثل هذه العناصر فيما يلي:<sup>1</sup>

- حسن التدبير التقني للرعاية الطبية والمتعلق بتطبيق علوم وتكنولوجيا الطب والعلوم الصحية.
- حسن التدبير في العلاقات الشخصية المتبادلة بين الطبيب والمريض.
- توفر وسائل الراحة والمتعة والتسهيلات التي يجدها المريض في المستشفى، مثل: الطعام، ووسائل الراحة في غرف الانتظار والفحص والإقامة، والسرعة في الخدمة والترحيب، والخصوصية وغير ذلك.
- ملائمة كمية الرعاية الطبية المقدمة للمرضى والمصابين.
- ملائمة المصروفات والنفقات المالية عند توفير أو تحقيق مستوى عالي من جودة الرعاية الطبية للمريض والمصاب.
- تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية والتمريضية وفي العلوم الطبية المساعدة.

وبالتالي تلعب المستشفيات على اختلاف أنواعها وتخصصاتها دورا هاما وحيويا في مجالات التعليم والتدريب الطبي والتمريضي "أي أن المستشفيات في وقتنا الحاضر قد أصبحت مركزا لتنمية معلومات عدد كبير من العاملين في المجالات الطبية وشبه الطبية، وتطوير لمهاراتهم وقدراتهم، بالإضافة إلى زيادة فعالية الأدوار التي يؤديونها. ومن ناحية عملية، فقد يكون المستشفى هو المكان الذي يتم فيه تعليم وتدريب كل من الأطباء والممرضين، وأخصائيي العلوم الطبية والتغذية والأشعة، والعلاج الطبيعي وغيرهم."<sup>2</sup>

ب- تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى التي لها علاقة بالصحة:

<sup>1</sup>سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص 32 بتصرف.

<sup>2</sup>نفس المرجع، ص 33



إن التطور التكنولوجي الحاصل في مجالي الاستشفاء والتطبيب ما هو إلا دليل ونتيجة للتقدم والتطور في الأبحاث العلمية المختلفة، ويساهم المستشفى فيها من خلال ما يقدمه من إمكانيات مهمة لإجراء مثل هذه البحوث، هذه المساهمة تتمثل بالدرجة الأولى فيما يلي:<sup>1</sup>

- يساعد وجود سجلات طبية تامة ومنظمة على توفير مركز أو بنك للمعلومات الديموغرافية والطبية، وهذه المعلومات ستمكن الباحثين من الأطباء وغيرهم من العاملين في مجال العلوم الطبية من القيام بالبحوث وبالدراسات المتعلقة بفعالية أساليب التشخيص المتبعة، أو في معرفة كيفية التغير الذي يحصل في معدلات حدوث وانتشار الأمراض وغير ذلك، كما أن هذه المعلومات قد تساهم في عملية التطوير الذاتي لخدمات المستشفى الطبية من قبل بعض اللجان الفنية العاملة مثل لجان السيطرة على العدوى Infection Control، والجودة الطبية Quality Assurance، والعقاقير الطبية وغيرها.
- يساعد وجود المعامل والمختبرات الإكلينيكية والتجهيزات الطبية على إتاحة الفرصة أمام الباحثين حتى يقوموا بالبحوث التطبيقية المتعلقة مثلا باختبار مدى فعالية عقاقير جديدة أو في اكتشاف وسائل جديدة ومبتكرة في تشخيص بعض الأمراض أو تطويرها وما شابه ذلك.
- يساهم وجود هيئة طبية متخصصة في إجراء البحوث الطبية أو في الإشراف عليها وتحديد مسار الفائدة المتوقعة منها.

<sup>1</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص ص 33 34 بتصرف.

### 3- أنواع المستشفيات:

يختلف تصنيف المستشفيات باختلاف وتعدد المعايير التي يتم إتباعها في ذلك وتتمثل هذه الأسس والمعايير بالدرجة الأولى في نمط الملكية والإشراف الربحية، نماذج الإدارة، مدة المكوث، نوع الخدمة، الموقع والسعة السريرية (الحجم) الجنس، عمر المريض، نوع التعليم، ويمكن تحديد أنواع المستشفيات كالاتي:

#### أ- أنواع المستشفى حسب نمط الملكية:

يمكن تقسيمها حسب هذا المعيار إلى نوعين: مستشفيات حكومية، مستشفيات خاصة:

#### أ1- المستشفيات الحكومية:

يدار هذا النوع بواسطة سلطة عامة "أي بمعنى آخر يدار بواسطة منظمة من منظمات الإدارة العامة. ولذلك يسمى أحيانا بالمستشفى المملوكة ملكية عامة وفي بعض الأحيان يكون المستشفى تابعا رأسا لوزارة الصحة كواحد من المستشفيات التي تملكها، وقد يكون مملوكا أو يدار بواسطة منظمة أخرى من منظمات الإدارة العامة.<sup>1</sup>

وهذه المستشفيات التي يفترض أنها تقدم الخدمات الصحية لمختلف المواطنين مقابل أجور زهيدة وطبقا لنظام خاص بها في الحجز والكشف والعلاج للمرضى وإجراء العمليات، تنقسم إلى نوعين أساسيين وفقا لأحقية العلاج بها وهما:

1. مستشفيات حكومية متاحة خدماتها لجميع المواطنين، في ظل نظام الخدمة الصحية الوطنية.

2. مستشفيات حكومية متاحة خدماتها فقط لفئة محددة من المواطنين مثل المستشفيات العسكرية.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> عبد العزيز بن عبد الله العريب، الجودة الشاملة في إدارة المستشفيات، 1429هـ، ص ص 10 11.

<sup>2</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص 36

## أ2- المستشفيات الخاصة:

يشمل هذا النوع من المستشفيات كل تلك المستشفيات غير التابعة لجهات حكومية، ومن أمثلتها: مستشفيات الجمعيات الخيرية، مستشفيات خاصة لأطباء يعملون لحسابهم الخاص، وعليه فهي تنقسم بدورها إلى نوعين:<sup>1</sup>

- المستشفى الخاص الذي تملكه جهة لفعل الخير ولا تهدف من ورائه إلى تحقيق الربح أو إدارته كمشروع تجاري وهذا النوع من المستشفيات قد تملكه هيئات دينية أو بعض الشركات الصناعية أو إحدى المنظمات الاجتماعية لفعل الخير وغير ذلك.
- مستشفى خاص تملكه منشأة أو فرد أو مجموعة من الأفراد بهدف تحقيق الربح، ونمط إدارته كنمط إدارة المشروع التجاري.

## ب- أنواع المستشفى حسب معيار نماذج الإدارة:

حسب هذا المعيار يمكن التمييز بين ثلاث أنواع للمستشفيات تختلف باختلاف أسلوب إدارتها، وهي:

### ب1- مستشفيات اتحادية:

يدار هذا النوع من المستشفيات تدار من قبل أعلى سلطة في الدولة "مثل الحكومة الفدرالية العامة وبإسناد ودعم منها. وجميع تكاليفها من ميزانيتها العامة ويتميز هذا النوع من المستشفيات بكون الحجم حيث يبلغ متوسط عدد الأسرة فيها من 1000 إلى 1500".<sup>2</sup>

### ب2- المستشفيات المركزية:

<sup>1</sup> عبد العزيز بن عبد الله العري، مرجع سبق ذكره، ص 11.

<sup>2</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص 37.

وهو عبارة عن مستشفى "متوسط يشمل على بعض مئات الأسرة حيث تتوفر به التخصصات العامة في مجالات الأمراض الباطنية والجراحية والتوليد".<sup>1</sup>

### ب3- مستشفيات المقاطعات:

هي عبارة عن مستشفيات تعود ملكيتها لسلطة المقاطعة أو الولاية "حيث أنها تدار من قبلها أو من قبل مجلس إدارة منتخب يكون مسؤولاً أمامها. كما أن تكاليف هذا النوع من المستشفيات تكون من ميزانية المقاطعة أو الولاية. وتتميز مثل هذه المستشفيات بكونها مستشفيات متخصصة كالأمراض الصدرية أو الأمراض العقلية. ومستشفيات الجامعات الدراسية أما بالنسبة إلى معدل عدد الأسرة في هذا النوع من المستشفيات فيتراوح ما بين 400 إلى 500 سرير".<sup>2</sup>

### ج- أنواع المستشفيات حسب معيار التخصص والخدمة المقدمة:

يمكن تصنيف المستشفيات حسب هذا المعيار إلى نوعين هما:

#### ج1- مستشفيات عامة:

هذا النوع يعتبر من أكبر أنواع المستشفيات شيوعاً "والتي تتعامل مع مختلف الأمراض والإصابات، كما تحتوي على وحدة للطوارئ التي تتعامل بشكل فوري مع الحالات الصحية الحرجة والطارئة. والمستشفيات العامة هي أكبر مؤسسات الرعاية الصحية وبها وحدة للعناية المركزة ووحدات متخصصة لمختلف الجراحات ومنها جراحات التجميل وجراحات التوليد ووحدة المناظير كما تحتوي على خدمات الإسعاف".<sup>3</sup>

#### ج2- مستشفيات متخصصة:

<sup>1</sup> عبد العزيز بن عبد الله العري، مرجع سبق ذكره، ص 10.

<sup>2</sup> سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص 38.

<sup>3</sup> www.feedo.net/medicalencyclopedia/medicalservices/hospitals/htm vue le 29/12/2018 19:29

هو المستشفى الذي يختص بتقديم الخدمات الصحية في نوع واحد من الطب كالمستشفيات الخاصة بالأنف والأذن والحنجرة، مستشفيات السرطان، مستشفى الأمراض العقلية، مستشفى أمراض القلب، مستشفى إعادة التأهيل الحركي مستشفى الأمراض التنفسية وغيرها، كما يمكن أن يعبر تخصص المستشفى عن الفئة التي تتلقى العلاج والرعاية الصحية فيها مثل: مستشفيات الأطفال، مستشفى النساء والتوليد.

## 4- التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر:

لقد مر النظام الصحي في الجزائر بعدة مراحل نستعرضها فيما يلي:

## المرحلة الأولى: (1962-1973)

لأنها الفترة التي عفت الاستقلال مباشرة فقد تميزت هذه الفترة بارتفاع في عدد السكان مقابل قلة في المنشآت الصحية وتمركزها في المدن الكبرى، مع ضعف الخدمات المقدمة إن لم نقل تدهورها ونقص فادح في الموارد البشرية والتقنية، فقد ورثت الجزائر سنة 1962 حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في كبريات المدن كالجزائر، وهران، وقسنطينة. ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية. ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم. ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.<sup>1</sup>

لم تكن البلاد تتوفر قبل سنة 1965 سوى على "1319 طبيبا، منهم 285 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيبا واحدا لكل 8092 نسمة، و214 صيدليا، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة. أما أطباء الأسنان، فكانوا حوالي 151 طبيبا أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة. أما من حيث الهياكل القاعدية، فقد كان هناك عجز كبير، حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سرير بالمستشفيات"<sup>2</sup>

ومن جملة ما تميزت به هذه المرحلة ما يلي<sup>3</sup>:

## - انتشار الأمراض المتنتقلة.

<sup>1</sup> نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الجزائر، دار كتامة للكتاب، 2008، ص 132.

<sup>2</sup> www.djazairiss.com/elmassa/61937 vue 11/03/19 à 21:28

<sup>3</sup> ريمة أوشن: إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية، أطروحة دكتوراه ل م د في علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، 2017/2018، ص 203، بتصرف

- ارتفاع في عدد السكان والذي كان يبلغ عددهم 10,5 مليون نسمة أغلبيتهم من الشباب بنسبة 50% أقل من 15 سنة، مع نسبة زيادة في الولادات كانت من أكبر النسب العالمية وكانت تمثل 48,5 في الألف.
  - متوسط طول الحياة يتعدى 50 سنة، ووفاة الطفولة كان في حدود 200 وفاة لكل 1000 طفل.
  - نسبة 36% من السكنات غير مزودة بالمياه الصالحة للشرب، كما أن نسبة 23 من السكان لا يملكون قنوات تصريف المياه، وهذا ما أدى إلى ظهور الأمراض المعدية المتنقلة عن طريق المياه.
  - تمركز النظام الصحي أساسا في كبرى المدن كالجزائر ووهران وقسنطينة وتمثل في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي.
  - ورثت الجزائر نظام صحي متمركز حول الخدمات العلاجية متاح للأوربيين فقط.
  - بلغ عدد المنشآت الصحية 143 منشأة.
- كما تميزت السياسة الصحية خلال هذه الفترة، "بمحدودية في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات والهياكل التي خلفها الاستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر، كانت الدولة عازمة على تنمية سياسة على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية.<sup>1</sup>
- وعلى العموم يمكن التمييز بين عدة أنواع من الهياكل الصحية في هذه المرحلة وهي<sup>2</sup>:
- المستشفى العمومي تحت وصاية وزارة الصحة.

<sup>1</sup> -www.djazairss.com/elmassa/61937

<sup>2</sup> ريمة أوشن، مرجع سبق ذكره، ص 204.

- التأمينات الجزائرية وشبكاتهما الخاصة للعلاج بالصناديق الجهوية لكل من: قسنطينة، الجزائر، ووهران.
- العناية الطبية المجانية تحت وصاية البلدية.
- الطب المدرسي تحت رعاية وزارة التربية.

### المرحلة الثانية (1974-1989):

عرفت هذه المرحلة بمرحلة العلاج المجاني واعتبرت مرحلة للإصلاح، حيث بينت مختلف المؤشرات الصحية تحسنا راجعا بالأساس إلى تحسن المستوى المعيشي للسكان من جهة وتأثر الصحة العامة بالبرامج الوطنية التي تم تطبيقها والتي أدت إلى تراجع محسوس في الأمراض المعدية.

وقد ظهرت في هذه المرحلة "ضرورة بناء نظام صحي عام مجاني، وكانت مجانية العلاج أشمل من العناية الطبية المجانية لأنها وصلت إلى فئات أوسع. كما أن مجانية العلاج جاءت لرفع المستوى الصحي لأفراد المجتمع، غير أن بروز مشكل التمويل في الثمانينات أدى إلى توحيد أنظمة العلاج".<sup>1</sup>

وقد تميزت هذه المرحلة بما يلي<sup>2</sup>:

- ارتفاع أسعار النفط (1973 و 1979) مما جعل الوضعية الاقتصادية جيدة حتى سنة 1986.
- تحسين وتطوير ميزانيات مختلف القطاعات مما أثر على الاستثمارات في الصحة ومحدداتها.
- زيادة نسبة العاملين في الصحة.
- تحسن طفيف في الوضعية الوبائية.

<sup>1</sup> علي سنوسي: تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة دكتوراه في علوم

التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007، ص 105.

<sup>2</sup> ريمة أوشن، مرجع سبق ذكره، ص ص 205، 206.



- توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي لعمال الصحة بواسطة الولايات بعدما كانت تابعة للوزارة، وتحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي التعااضديات إلى وزارة الصحة. وهكذا أصبح النظام الصحي الوطني يضم جميع الهياكل الصحية مهما كانت مهامها أو مجال نشاطاتها.
- تأكيد الميثاق الوطني لسنة 1976 حق المواطن في مجانية العلاج وأن لكل المواطنين الحق في حماية صحتهم وهذا الأخير مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية ويتوسع الطب الوقائي.
- تزايد عدد الأطباء الجزائريين نتيجة الإصلاحات التي حصلت في مجال العلوم الطبية من خلال تحسن جودة التعليم و تدعيم التأطير مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين وفي كل التخصصات إلا أنها لم تكن متوازنة.
- تمركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى.
- تميزت هذه المرحلة بإنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية القاعدية حيث سجل ارتفاع محسوس في عدد العيادات المتعددة الخدمات التي تعتبر بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج من جهة أخرى.
- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة و الهياكل الأخرى (العيادات المتعددة التخصصات والمراكز الصحية)، من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن. حيث بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية 173 مؤسسة سنة 1979، بعدد أسرة 46578 أي بمعدل 2,5 سرير لكل 1000 نسمة، وبلغ عدد المراكز الصحية 662 مركزا سنة 1979، عدد مراكز التوليد 58 مركزا، عدد قاعات العلاج والفحص 1864 قاعة في نفس السنة. تشييد 13 مركزا استشفائيا جامعا مكلفا بثلاثة أدوار هي: العلاج التكوين، البحث.

وبالرغم مما حققته الجزائر من تقدم في القطاع الصحي في هذه المرحلة سواء ما تعلق بالبرامج الصحية أو تنمية الموارد البشرية في المجال الطبي والشبه الطبي إلا أنه عرف مشكلات كثيرة، منها<sup>1</sup>:

- هجرة الأدمغة خاصة الأطباء.
- تمركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى.
- عدم التوازن في التخصصات بما فيها الطبية.
- قلة وتيرة التطور في التنمية البشرية، بحكم الحاجيات والتحديات محليا ودوليا.

أما من ناحية المؤشرات الصحية لهذه الفترة فقد سجلت الأرقام التالية<sup>2</sup>:

- نسبة الوفيات الإجمالي 15.1 من الألف.
- نسبة وفيات الأطفال 122 من الألف.
- نسبة الولادات 46.5 من الألف.
- متوسط العمر 52.5.
- سجل انخفاض محسوس في الأمراض التي لها تلقيح إجباري ومجاني وبالتالي الانخفاض في نسبة وفيات الأطفال، بينما تبقى مرتفعة تلك الأمراض التي لها علاقة بنظافة المحيط نتيجة حالة المحيط والحالة السكنية والمياه الصالحة للشرب.

### المرحلة الثالثة (1990-2000):

تميزت هذه المرحلة بارتفاع في عدد الأطباء، وإنشاء هياكل صحية جديدة وإصلاحات أخرى امتدت حتى إلى تسمية الوزارة المعنية بالصحة والتي أصبحت

<sup>1</sup> - www.djazairss.com/elmassa/61937 vue 11/03/19 à 21:28

<sup>2</sup> تور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 140

تسمى "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات"، إلا أنها عرفت العديد من المشاكل أهمها<sup>1</sup>:

- بروز ظاهرة الفوارق الجهوية حيث تتمركز الهيئة الطبية المتخصصة في كبريات المدن، مع نقص فادح في المناطق الريفية، وكذا تمركزهم في المراكز الاستشفائية الجامعية.
- تبعات الأزمة الاقتصادية سنة 1986، مما أدى إلى تعديلات هيكلية كبيرة.
- تباطؤ البرامج الأولى الاستثمارية التي أدت إلى تراجع التغطية الصحية.
- هجرة الإطار الطبي.
- زيادة الطلب على الخدمات الصحية مع تسجيل عجز في الميزانية.
- غلق العديد من المنشآت بسبب غياب الأمن.
- عدم ملائمة النظام التعليمي الجامعي.
- تزايد مطرد في معدلات الأمراض غير المعدية.

ومع كل هذه المشكلات التي واجهها قطاع الصحة في هذه الفترة، فشلت محاولات إدخال إصلاحات على السياسة الصحية في الجزائر نظرا للعوامل التالية:<sup>2</sup>

- أن الرصيد القديم للإجراءات والممارسات كرسست واقعا لم يعد يسمح للفاعلين خاصة على الإدارات العليا- من التفكير في بدائل أخرى، لحل المشكلات التي يواجهونها في تسيير قطاع الصحة.
- أصبحت كل محاولة لإرساء قواعد وإجراءات جديدة -حتى وإن كانت أفضل- مغامرة لا يقدم عليها أي مسؤول في ظل نظام إداري بيروقراطي بطيء، وهيئات لصنع القرار تركز الطابع المركزي الجامد، لا يسمح فيه بالمبادرة وقد يتعرض من يسلك مسار غير تقليدي في التسيير إلى عواقب

<sup>1</sup>أوشن ريمة، مرجع سبق ذكره، ص ص 209-210

<sup>2</sup>بوحنية قوي، حسيني محمد العيد، السياسة العامة الصحية في الجزائر-دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012-، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية،المجلد 01 العدد 01، 2014، ص 18.

هو في غنى عنها، وقد تفصيه من منافع وامتيازات وترقيات يحلم بها كل موظف.

- يؤكد بعض المهتمين بالصحة على الدور المركزي للفاعلين في التغيرات التي تخص السياسات الصحية، لأنه يبرز هذا أكثر إذا ما تعلق الأمر بسياسة عامة، يكون فيها الصراع حول القيم دافعا للفاعلين بأن يقوموا بسد الطريق أو إجهاض أية محاولة للقيام بإصلاحات في المنظومة الصحية وتتنضح هذه المقاومة للإصلاح أكثر فأكثر عندما نعلم حدة الخلافات بين المجتمعات في تفسير مفهوم العدالة.

- يعتبر الاختلاف حول ترسيخ السياسة الصحية انعكاس لاختلاف نوايا الفاعلين، فاعتماد اللامركزية في تسيير الصحة قد يهز أركان توزيع السلطة بين الفاعلين المحليين في النظام الصحي، والفاعلين المركزيين الذين يجدون أنفسهم قد فقدوا الكثير من الامتيازات والسلطات، التي تخول لهم التحكم في الكثير من الموارد.

أما فيما يتعلق بالموشرات الصحية في هذه المرحلة نجد:<sup>1</sup>

- وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات 40.5 من الألف.
- بينما بلغ معدل الحياة 74.8%
- في الوقت الذي بلغت فيه التغطية التلقيحية ضد الشلل 98% ، الدفتيريا الكزاز والسعال الديكي بـ 87%، التلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي 81% .
- أما متوسط توزيع الأطباء، فنجد طبيا واحدا تقريبا لكل ألف مواطن وأقل من سريرين لكل ألفي مواطن... فإذا كانت التغطية الطبية تقارب المتوسط العالمي على المستوى الكلي، فعلى المستوى الجزئي، نجد تفاوتاً كبيراً بين الولايات والجهات، مما يترجم سوء توزيع الأطباء وعدم التحكم في التوازن الجهوي.

<sup>1</sup>www.djazairress.com/elmassa/61937 vue 11/03/19 à 21:28

أما من ناحية المكتسبات فقد دعم القطاع الصحي في هذه المرحلة بعدة منشآت أهمها:<sup>1</sup>

- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية LNCP: مكلف بمراقبة القابلية لكل دواء قبل إدخاله السوق.
- الصيدلية المركزية للمستشفيات PCH: مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية؛(1994)
- الوكالة الوطنية للدم ANS: مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (1995).
- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي ANDS: مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال.
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد CNPM: وكلفت بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

#### المرحلة الرابعة (2000-2015):

تميزت هذه الفترة بنوع من الاستقرار من الناحية السياسية والاقتصادية والاجتماعية وعرفت عدة إصلاحات مست قطاع الصحة والتي هدفت إلى تخطيط وتنظيم العلاج بها. كما تهدف السياسة الجديدة إلى أنسنة وتأمين الخدمات وعصرنة النشاطات تماشيا مع الطلبات الجديدة، مما يسمح بتوفير خدمة ذات نوعية، مع المحافظة على مبدئي العدالة والتضامن المكرسين من طرف الدولة.<sup>2</sup>

وعموما تمثلت أهداف السياسة الصحية للجزائر في هذه المرحلة في:<sup>3</sup>

- إدراج تدابير لتحرير القطاع ورفع الحواجز التي تعترض تدخل القطاع الخاص.

<sup>1</sup> ريمة أوثن، مرجع سبق ذكره، ص 211

<sup>2</sup> www.djazair.com/elmassa/61937 vue 11/03/19 à 21:28

<sup>3</sup> أوثن ريمة، مرجع سبق ذكره، ص 212.

- اللجوء إلى الإعلام والتربية والاتصال في مجال الصحة والوقاية التي تعتبر في هذه المرحلة أسلحة فعالة للغاية، يجب أن نعمل على تنظيم أنشطة صحية أولية ذات تأثير معتبر على الوفيات.
- إصلاح المنظومة الصحية إصلاحا يدعم بأهداف حقيقية منها خصوصا تقريب الصحة من المواطن، وترتيب مستويات العلاج وإعادة التركيز على الوقاية والعلاج العادي والتكفل بالانتقال الوبائي والفوارق الجغرافية ومواصلة تحسين نوعية الخدمات.
- التكفل بالانتقال الوبائي من خلال 26 برنامجا وقائيا و8 برامج علاج و4 برامج دعم بتكلفة إجمالية قدرها 92 مليار دج.
- إعداد خارطة صحية تساعد على ترشيد التغطية الصحية من حيث الوقاية والعلاج وظهور مواقع جديدة بالعلاقة مع مستويات العلاج.
- إصلاح تسيير الأدوية من خلال إنشاء الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية وترقية الأدوية الجنيسة ومحاربة الأدوية المزيفة.

وقد برز في هذه المرحلة تقسيم جديد للمؤسسات الصحية، على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تشمل أيضا قاعات للعلاج والعيادات متعددة الخدمات. واستفاد القطاع من سنة 2005 إلى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار، تم استثماره في إنجاز 800 مؤسسة استشفائية وجوارية<sup>1</sup>.

ومن ناحية أخرى وفيما يتعلق باللقاحات فقد حققت هذه المرحلة عدة مكاسب تمثلت في تعميم التغطية اللقاحية بنسبة 90 %، مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة أدت خلال السنوات الأولى للاستقلال إلى الوفيات والإعاقات إلى جانب القضاء على الأمراض المتنتقلة وتراجع الوفيات لدى الأطفال إلى معدل حددته المنظمة العالمية للصحة، بالإضافة إلى انخفاض وفيات الحوامل بنسبة 5 % كل سنة، فيما تعزز القطاع بتجهيزات طبية عصرية لعبت دورا هاما في

<sup>1</sup> www.djazairress.com/elmassa/61937 vue 11/03/19 à 21:28

الكشف المبكر والتشخيص الدقيق للأمراض المزمنة التي سجلت ظهورها خلال السنوات الأخيرة.

## 5- أنواع المؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر ووظائفها:

تعتبر المؤسسة العمومية للصحة كيان اجتماعي يتكون من مجموعة من الأفراد تربطهم علاقات عمل تسعى من خلال تفاعلها إلى تحقيق الأهداف عن طريق الاستغلال الأمثل للتجهيزات والموارد المتاحة سواء مادية أو مالية...

وبالعودة إلى تعريف هذا النوع من المؤسسات فإنها تعني: "كل مؤسسة تتكون من مجموعة من الأقسام المتخصصة لكل قسم رئيسه وأعضائه وميزانيته. تشرف عليه المؤسسة ويتبع إدارتها وكل قسم من هذه الأقسام له جهوده وخدماته التي تتناسب تخصصاته. وهدفها الأساسي هو مساعدة المرضى على الحصول على الخدمات العلاجية بصورة تناسب حالاتهم المرضية والاستفادة منها أكبر استفادة ممكنة."<sup>1</sup>

تتخذ المؤسسة العمومية الاستشفائية في الجزائر عدة أشكال، وتتمثل فيما يلي:

## أ- المراكز الاستشفائية الجامعية:

بالنسبة للمهام المنوطة بهذا النوع من المؤسسات الاستشفائية العمومية فإن المادة الرابعة من المرسوم التنفيذي المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية حددته في ثلاث محاور رئيسية وهي: الصحة، التكوين، البحث:

في ميدان الصحة: يكلف المركز الاستشفائي الجامعي بـ:

- ضمان نشاطات التشخيص والعلاج والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية والوقاية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية السكان.
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.

<sup>1</sup> محمود سلامة محمد غباري: أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2003 ص34.



- المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية والصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

في مجال التكوين يكلف المركز الاستشفائي الجامعي بـ:

- ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي في علوم الطب والمشاركة في إعداد وتطبيق البرامج المتعلقة به.

- المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

أما فيما يتعلق بمجال البحث، فيعمل المركز الاستشفائي الجامعي على:

- القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة.

- تنظيم مؤتمرات وندوات وأيام دراسية وتظاهرات أخرى تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج والتكوين والبحث في علوم الصحة.

#### ب- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة:

يقدم هذا النوع من المؤسسات الاستشفائية خدمات طبية في تخصص معين كأمراض القلب، أمراض العيون، الأمراض التنفسية... وغيرها، أو أنها تختص في تقديم خدمات طبية لفئات معينة: الأطفال، النساء...، وحسب المشرع الجزائري جاء تعريف المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 والذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها على أنها: مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. وتتأسس بمرسوم تنفيذي بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي، وتوضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة.

وقد وضحت المادة 03 من نفس المرسوم بأن المؤسسة الاستشفائية المتخصصة تتكون من هيكل واحد أو هياكل متعددة متخصصة للتكفل بـ:

- مرض معين.
  - مرض أصاب جهازا أو جهازا عضويا معينا.
  - أو مجموعة ذات عمر معين.
- أما المهام التي تتكفل بها هذه المستشفيات فقد حددتها المادة 5 و6 من نفس المرسوم التنفيذي السالف الذكر، وتتمثل أساسا فيما يلي:

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكيف الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية أو الجهوية والمحلية للصحة.
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.
- كما يمكن استخدام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة كميدان للتكوين شبه الطبي والتسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات توقع مع مؤسسة التكوين.

ومن أمثلة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في ولاية باتنة نجد:

- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض الصدرية والتنفسية.
- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في أمراض الأنف والأذن والحنجرة.
- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء والتوليد.
- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية.

#### ج- المؤسسات العمومية الاستشفائية:

تم إنشاء هذا النوع من المؤسسات الاستشفائية في الجزائر بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

وطبقا للمادة رقم 02 من المرسوم التنفيذي سالف الذكر، فإن المؤسسة العمومية الاستشفائية تعرف على أنها: "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. وتوضع تحت وصاية الوالي".<sup>1</sup>

وأوضحت المادة الثالثة من نفس المرسوم التنفيذي، أن المؤسسة العمومية الاستشفائية تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي والتي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

أما بالنسبة للمهام التي يتكفل بها هذا النوع من المؤسسات فهي تتمثل في الأساس في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار حددت المادة 04 من المرسوم التنفيذي السالف الذكر (140/07)، مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية في ما يلي:

- ضمان تنظيم وبرنامج توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

كما أوضحت المادة الخامسة من نفس المرسوم التنفيذي أنه يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

#### د- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. وتوضع تحت وصاية الوالي. تتكون المؤسسة العمومية للصحة

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية رقم 33، المؤرخة في 03 جمادى الأولى عام 1428هـ، الموافق لـ 20 ماي 2007م، ص 10.

الجوارية من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان.<sup>1</sup>

بالنسبة للمهام المنوطة بهذا النوع من المؤسسات العمومية الاستشفائية فقد حددتها المادة 08 و09 من نفس المرسوم التنفيذي المذكور أعلاه، وتتمثل في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي.
- تشخيص المرض.
- العلاج الجوارية.
- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.
- المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.
- يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميدانا للتكوين شبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

<sup>1</sup>الجريدة الرسمية رقم 33 ، مرجع سبق ذكره، ص 11.

## خلاصة

لقد ارتبط تطور المستشفيات في الحضارات القديمة بتطور الصحة والعلم بها، رغم أن جلها انطلق من أعمال السحر والشعوذة، ليتطور بعد ذلك إلى اكتشاف طرق ووسائل العلاج.

إن خصوصية الوضعية التاريخية التي مرت بها الجزائر (حقبة استعمارية طويلة) ترتب عنها التخلف الكبير في شتى المجالات، أبرزها القطاع الصحي، لكن وبعد الاستقلال كانت هناك إرادة لتغطية هذا التخلف، لكن يمكن القول وحسب ما تطرق إليه هذا الفصل أنها كانت دائما مرتبطة بالسياسة وغير خاضعة لدراسة متطلبات النهوض بهذا القطاع الحساس وتطويره.

# الفصل الخامس

## تمهيد

تكتسي الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية أهمية بالغة، كونها هي المحدد لكيفية سيرورتها، من خلال اختيار ميدان الدراسة، المنهج الذي يتبعه الباحث والذي يختلف من طبيعة دراسة إلى أخرى، وكذا تحديد مجتمع البحث وكيفية اختيار العينة، ومن ثمة اختيار الأدوات الملائمة لجمع البيانات، والتي تختلف هي الأخرى حسب المعلومات المراد الوصول إليها، حيث يمكن الجمع بين أكثر من أداة من أجل الدقة في جمع المعطيات ومن ثمة الوصول إلى نتائج على مستوى أعلى من الدقة والموضوعية.

## 1-مجالات الدراسة:

### 1-1 المجال المكاني:

هناك نسختين من التأريخ لوجود باتنة، الأولى تقول بأن باتنة موجودة منذ سنة 1844، في فيفري 1844 تبعا للحملة العسكرية بقيادة الدوق أومال تم وضع معسكر عسكري مؤقت بالمنطقة والذي أصبح بعد ذلك دائم، أول اسم وضع لباتنة هو "لمبار الجديدة"، لكن هناك قصة أخرى لنشوء مدينة باتنة، في كتاب رحلة المؤرخ والمغامر الانجليزي دينون دوشون، التي تؤكد أن باتنة موجودة قبل مجيء القوات العسكرية الفرنسية، حيث يقول أنه بمروره في سنة 1830 على باتنة التقى بأناس يعيشون في المنطقة واسمهم "باربار شاوية" .

في 12 سبتمبر 1848 وضع نابليون الثالث المرسوم الأول لإنشاء مدينة باتنة بسبب موقعها الاستراتيجي، فهي محور بسكرة، تبسة، سطيف، قسنطينة.

يعيش في هذا الوعاء ثلاث قبائل رئيسية، "أولاد شليح" الذين يقطنون بين حملة (كوندورسيه) وتاغيت، "أولاد سيدي يحيى" يقطنون ببارك افوراج، جزء من بوعقال إلى لمبار، " أولاد اعدي" يتمركزون في الجنوب الغربي للولاية على محور تامشيط، بوعقال، الزمالة وجزء من كشيدة.

تحت سيطرة الاستعمار الفرنسي، مستشفى باتنة مثل باقي المصالح العمومية كان في خدمة الجيش الاستعماري، لهذا الغرض تم بناؤه في عام 1950 أمام الثكنات لوضع استراتيجية معا.

في سنة 1956، أخذ اسم مستشفى مدني مع فتح أربع مصالح، طب الأطفال الجراحة العامة، والأمومة.

بعد الاستقلال واصل المستشفى مهمته بطريقة أو بأخرى بنفس المصالح إلى غاية بناء المستشفى الجديد بن فليس التهامي، هذا الأخير فتح أبوابه في سنة



1977 وتم إعادة هيكلته في إطار البطاقة الصحية لسنة 1982، نظم في 29 مصلحة مطابقة لمرسوم إنشاء وتنظيم القطاعات الصحية.

في سنة 1986 فقط أصبح مركزا استشفائيا جامعا (بن فليس التهامي) والذي يعمل تحت هذه الهوية لحد الآن.

يتمثل المجال المكاني للدراسة تحديدا في المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة، الذي يعد من أكبر المنشآت الصحية في الولاية كونه يتخذ الطابع الجهوي، مساحته الإجمالية 8.6 هكتار، نسبة الأرضية المستغلة هي 43%، المستشفى منظم في شكل مباني ذات قطعة واحدة (monobloc) تحوي المهام الكبرى، جناح إداري، جناح للفحص الخارجي، عمارة للسكن والاستضافة، جناح الصيدلية المركزية الذي كان يعرف في السابق بمخبر الوقاية، المستشفى له جناح قديم للاستعجالات الذي تم إعادة ترميمه، وتم إنشاء جناح جديد للاستعجالات، وأخيرا المبنى الذي هو بصدد التشييد لمصلحة طب وغسيل الكلى.

المركز الاستشفائي الجامعي يلبي حاجيات مقر ولاية ياتنة و 95 % من بلديات الولاية، وبين 15 إلى 20 % من حاجيات الولايات المجاورة خنشلة، بسكرة، تبسة، الواد، ورقلة.

ويتكون الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي باتنة من:

### 01- المصالح الإدارية:

- مكتب المدير العام، حيث " يعين المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي بمرسوم تنفيذي وباقتراح من الوزير المكلف بالصحة وتنتهي مهامه بالطريقة نفسها".<sup>1</sup>

<sup>1</sup>المادة 20 من المرسوم التنفيذي رقم 97-467، مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.

- كما تحدد المادة 22 مهام المدير العام بما يلي<sup>1</sup>: المدير العام مسؤول عن تسيير المركز الاستشفائي الجامعي وبهذه الصفة:
- يمثل المركز الاستشفائي الجامعي أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية.
  - يمارس سلطة التعيين على مجموع مستخدمي المركز الاستشفائي الجامعي باستثناء أولئك الخاضعين لكيفية تعيين أخرى.
  - هو الأمر بالصرف فيما يخص نفقات المركز الاستشفائي الجامعي.
  - يعدّ مشاريع الميزانية التقديرية ويضبط حسابات المؤسسة.
  - يضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمركز الاستشفائي الجامعي.
  - يقوم بتنفيذ مداورات مجلس الإدارة.
  - يضع التقرير السنوي للنشاطات ويرسله إلى الوزير المكلف بالصحة بعد مصادقة مجلس الإدارة عليه.
  - يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات والاتفاقات في إطار التنظيم المعمول به.
  - يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته.
  - يفوض إمضاءه، على مسؤوليته، لصالح مساعديه.
- للمدير سكرتارية عامة تتفرع منها أربع مكاتب، مكتب التنظيم العام، مكتب الإعلام والاتصال، مكتب الأمن والرقابة العامة، ومكتب المناقصات والمنازعات والشؤون القانونية.
- يتفرع من مكتب المدير العام أربع مديريات، مديرية الموارد البشرية، مديرية المالية والمراقبة، مديرية الوسائل المادية، ومديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية.

<sup>1</sup>المادة 22 من نفس المرسوم.

أ- مديرية الموارد البشرية: تتفرع منها مديريتين فرعيتين المديرية الفرعية للمستخدمين، و المديرية الفرعية للتكوين والتوثيق.

أ1- المديرية الفرعية للمستخدمين: بها ثلاثة مكاتب مكتب تسيير شؤون الموظفين الإداريين، مكتب تسيير شؤون الموظفين الطبيين، شبه الطبيين، والأخصائيين النفسانيين، مكتب المرتبات و دفع الأجور.

أ2- المديرية الفرعية للتكوين والتوثيق: بها مكتبين مكتب التكوين، ومكتب التوثيق.

ب- مديرية المالية والمراقبة: تتفرع منها مديريتين فرعيتين المديرية الفرعية للمالية، المديرية الفرعية لتحليل وتقييم ومراقبة التكاليف.

ب1- المديرية الفرعية للمالية: بها مكتبين مكتب الميزانية والمحاسبة، ومكتب الإيرادات والإيصالات.

ب2- المديرية الفرعية لتحليل وتقييم ومراقبة التكاليف: بها مكتبين مكتب التحليل والتحكم في التكاليف، ومكتب الفوترة.

ج- مديرية الوسائل المادية: تتفرع منها ثلاثة مديريات فرعية، المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية، المديرية الفرعية للمواد الصيدلانية والوسائل والاستهلاك المديرية الفرعية للبنى التحتية والتجهيز والصيانة.

ج1- المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية: بها أربع مكاتب مكتب المشتريات مكتب تسيير المستودعات الجرد والتصليح، مكتب الإطعام والفندقة.

ج2- المديرية الفرعية للمواد الصيدلانية والوسائل والاستهلاك: بها مكتبين مكتب المواد الصيدلانية، ومكتب الوسائل والاستهلاك.

ج3- المديرية الفرعية للبنى التحتية والتجهيز والصيانة: بها ثلاث مكاتب مكتب البنى التحتية، مكتب التجهيز، ومكتب الصيانة.

د- مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية: تتفرع منها ثلاث مديريات فرعية وهي المديرية الفرعية للنشاطات الطبية، المديرية الفرعية للنشاطات شبه الطبية، المديرية الفرعية للتسيير الإداري للمريض.

د1- المديرية الفرعية للنشاطات الطبية: بها ثلاث مكاتب مكتب تنظيم وتقييم النشاطات الطبية، مكتب المناوبة والاستعدادات، مكتب برمجة ومتابعة الطلبة.

د2- المديرية الفرعية للنشاطات شبه الطبية: مكتب تنظيم وتقييم النشاطات شبه الطبية، مكتب التمريض، مكتب برمجة ومتابعة المتربصين، مكتب الدخول، مكتب الاستقبال والتوجيه ونشاطات العلاج الاجتماعي.

د3- المديرية الفرعية للتسيير الإداري للمريض.

## 02- المصالح الاستشفائية، المخابر، الطب الإشعاعي، أجنحة العمليات:

أ- مصالح الفحص الطبي: يضم الطب الشرعي، طب العمل، جراحة الأسنان الطب الإشعاعي، فحص الأمراض الجلدية، مخبر علم الأنسجة، مخبر الطفيليات، مصلحة الاستعدادات والإنعاش المتنقلة.

الطابق الأرضي: يضم مصلحة الإنعاش الطبي 13 سرير، مصلحة أمراض وغسيل الكلى 23 سرير، مصلحة أمراض الدم 24 سرير، مصلحة الحروق 14 سرير، مخبر التشريح المرضي، مخبر علم الأحياء المجهرية، مخبر مركز حقن الدم، مصلحة الاستشفاء المنزلي، مصلحة علم الأوبئة، مصلحة طب الأشعة المركزية.

الطابق الأول: يضم مصلحة طب العيون 23 سرير، مصلحة جراحة العظام 60 سرير، مصلحة فحص الروماتيزم، جناح جراحة العيون، جناح جراحة العظام، أشعة العظام.

**الطابق الثاني:** يضم مصلحة الجراحة العامة 59 سرير، مصلحة تجميل الوجه والفكين، مصلحة جراحة الأطفال 29 سرير، مصلحة أمراض المسالك البولية 30 سرير، جناح العمليات، الإنعاش الجراحي، مصلحة الأمراض الباطنية.

**الطابق الثالث:** مصلحة طب الأطفال 58 سرير، مصلحة طب القلب 42 سرير، مصلحة مرض السكري والغدد الصماء 26 سرير، مخبر الكيمياء الحيوية، مخبر الغدد الصماء+فحص مستعجل، مصلحة جراحة الأسنان.

**الطابق الرابع:** مصلحة الطب الداخلي 56 سرير، مصلحة جراحة المخ والأعصاب 30 سرير، مصلحة فحص المخ والأعصاب، مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي، مخبر الفيزيولوجيا، مخبر أمراض الدم، جناح للعمليات، وحدة النظام الغذائي.

**ب- الاستجالات الطبية والجراحية الجديد:** المراقبة 06 أسرة، الاستفاقة من الصدمات 19 سرير، قبل العمليات 20 سرير، بعد العمليات 22 سرير، تنفيذ العمليات 08 أسرة، مصلحة غير الوظيفي 20 سرير، مخبر استجالات ( أمراض الدم، الكيمياء الحيوية)، طب الفم، طب الأشعة جناح عمليات 06 غرف، وحدة مساعدة للمرضى المصابين بالسرطان غرفة الفرز، فحص مستعجل: طبي، طب القلب، طب الأطفال، طب العيون، جراحة المخ والأعصاب، جراحة عامة، طب أمراض المسالك البولية، جراحة الأطفال.

**ج- الاستجالات الطبية والجراحية القديم:** مخبر التسمم، مخبر المناعة.

## 1-2-المجال البشري:

بعد مقابلة مديرة الموارد البشرية يوم 2017/03/15 تحصلت الباحثة على عدد الموظفين داخل المركز الاستشفائي الجامعي\* فكانت كالتالي:

\* للإشارة فإن مديرة الموارد البشرية، رفضت تقديم أي وثائق تخص عدد الموظفين، رغم أنها كانت موجودة أمامها، ففضلت أن تملئها شفويا.

- 2199 موظف في حالة نشاط:
  - الأطباء: 593 طبيب موزعين كالتالي:
    - الاستشفائيين الجامعيين: 132
    - الأخصائيين: 78
    - المقيمين: 258
    - العامون: 125
  - شبه الطبيين: 844
  - الإداريين والتقنيين: 408
  - المتعاقدين: 334
  - المساعدات الاجتماعيات: 06
  - مساعدي التخدير: 14
- كما تحصلت الباحثة على إحصائيات 31 ديسمبر 2015 من خلال الفيديو قدم في ملتقى حول المركز الاستشفائي الجامعي\*:
- شبه الطبيين: 804 والذي ارتفع سنة 2017 ب 40 شبه طبي.
  - جراح أسنان: 05.
  - صيادلة 14.
  - أخصائي نفسي: 15.
  - طبيب عام 108 والذي ارتفع سنة 2017 إلى 125.
  - طبيب مقيم: 209 والذي شهد سنة 2017 ارتفاعا ملحوظا (258 طبيب مقيم)
  - طبيب مختص: 91 والذي شهد انخفاضا سنة 2017 (78 طبيب)
  - الاستشفائيين الجامعيين: 142 (132 سنة 2017)
  - الأعوان المتعاقدين 299.

\* سوف نقوم من خلال الدراسة الميدانية الكشف عن الفرق في هذه الاحصائيات خاصة ما تعلق منها بنقص عدد الأطباء، والذي كان من المفروض أن يتزايد بتزايد متطلبات المركز الاستشفائي الجامعي.

- المختصين في البيولوجيا: 52.
- الأسلاك المشتركة 328.

أما بخصوص تقسيم الأطباء ( إحصائيات سنة 2017 ) حسب الجنس فهو كالتالي:\*\*

الرتبة	العدد	إناث	ذكور
أستاذ استشفائي جامعي	132	42	90
أخصائي	78	63	15
أطباء مقيمين	258	205	53
أطباء عامون	125	75	50

### 1-3- المجال الزمني:

تمت الدراسة الميدانية على مرحلتين أساسيتين:

**المرحلة الأولى:** كانت عبارة عن دراسة استطلاعية حيث كانت الموافقة بتاريخ 2017/01/22 لمدة ثلاثة أشهر بمعدل 05 أيام في الشهر.

**المرحلة الثانية:** دامت المرحلة الثانية مدة شهرين وكان الذهاب إلى المركز الاستشفائي الجامعي بشكل يومي ابتداء من تاريخ: 2018/10/17 إلى 2018/12/16، حيث تم خلالها جمع البيانات.

\*\* من خلال الدراسة الاستطلاعية تبين أن عدد الطبيبات أكبر بكثير من عدد الأطباء، فتم الاتصال ثانية بمديرية الموارد البشرية وبالتحديد بالمدير الفرعي للمستخدمين للحصول على عدد الطبيبات وعدد الأطباء داخل المركز الاستشفائي الجامعي للتحقق من الملاحظة، وكان الأمر كذلك.

2- منهج الدراسة:

2-1- المنهج:

يعتبر المنهج الكيفي " طريقة للبحث تمكنا من الحصول على المعرفة المباشرة عن الواقع الاجتماعي، ومن فهم التفاعل الاجتماعي"<sup>1</sup>، كما يشير إلى تلك "الاستراتيجيات البحثية من مثل الملاحظة المشاركة والمقابلة المتعمقة والمعاشية الشاملة للنشاط الاجتماعي، والبحث الحقلية... والتي تسمح للباحث بأن يحصل على معرفة مباشرة في العالم الواقعي الذي يتناوله بالبحث والدراسة"<sup>2</sup>، كما تعرف مناهج البحث الكيفي بأنها " تلك التي يتحدث ويشارك فيها المبحوثون مع الباحثين في البحث عن الحقيقة وهذا ما يجعل منهج الملاحظة بالمشاركة، والمقابلة الكيفية وبحوث سيرة الحياة، وطريقة المحادثة الجماعية، والمنهج الوثائقي، تشهد عملية إحياء، وعليه فإن البحث الكيفي هو الذي يرى في المجتمع وإنسانيه وتاريخه كتابا مفتوحا، يتعلم منه، ويستخلص المعرفة مباشرة من الإنسان وعالم حياته، ويفسر التغيرات النوعية في المجتمع المعقد"<sup>3</sup>

وقد استخدمنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي وذلك بوصف الظاهرة وتحليلها، والذي يعتبر " أسلوب من أساليب التحليل والمركز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترة أو فترات زمنية معلومة، وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية تم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية"<sup>4</sup> وذلك بوصف وتحليل علاقات العمل للأطباء مستنديين على أسلوب التحليل الاستراتيجي في ذلك.

<sup>1</sup> محمد علي محمد، علم الاجتماع والمنهج العلمي -دراسة في طرائق البحث وأساليبه - الاسكندرية، 1983، ص 287.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 286.

<sup>3</sup> عبد القادر عبد الله عرابي، المناهج الكيفية في العلوم الاجتماعية، ط 01، دمشق، دار الفكر، 2007، ص 42.

<sup>4</sup> عبيدات محمد وآخرون، منهجية البحث العلمي - القواعد والمناهج والتطبيقات - ط2، الأردن، دار وائل للطباعة والنشر، 1999، ص 40.



التحليل الاستراتيجي الذي تحدثنا عنه سابقا والذي يعد من الأساليب الحديثة في علم الاجتماع المنظمات أو التنظيم والعمل حيث يذهب بعض المفكرين في هذا المجال إلى اعتباره منهجا قائما بذاته في هذا التخصص، والذين يعتبرون أن تحليل المنظمات لا بد أن يتم وفقا لمسلمات التحليل الاستراتيجي " إنه يسعى ليوضح المنطق التحتي للمنظومات العارضة المتولدة من هذا الاعتماد المتبادل. لقد أصبح منهجا للتشخيص التنظيمي ولدعم التغيير مألوفاً ومستخدماً بشكل متزايداً من قبل السوسيولوجيين"<sup>1</sup>

ويعتمد منهج التحليل على خمس خطوات أساسية:

- 1- تحديد الإشكالية والرهانات المطروحة في التنظيم.
  - 2- استنتاج الفاعلين المرتبطين بها.
  - 3- دراسة كل فاعل لوحده بالتفصيل من حيث ( موارده، هامش حريته، مدى تحكمه بمنطقة الشك، ... )
  - 4- استخلاص الاستراتيجيات التي يظهرها أو يتبناها الفاعلون.
  - 5- دراسة التفاعل بين مختلف الاستراتيجيات المستتبهة من نسق الفعل.
- 2-2- عينة الدراسة وخصائصها:

يخضع اختيار العينة لطبيعة موضوع البحث، خصوصيات المجتمع المدروس، والإمكانات المتاحة للباحث، وقد اعتمدت الدراسة على:

- **عينة قصدية:** تمثلت في مديرة الموارد البشرية، المدير الفرعي للتكوين المدير الفرعي للمستخدمين، مدير النشاطات الطبية وشبه الطبية، رؤساء المصالح من أجل الحصول على الموافقة بإجراء البحث داخل المصلحة شبه الطبيين حيث تمت مقابلة 09 مبحوثات مقسمات على ثلاث فرق.
- **عينة طبقية:** تم اختيار عينة طبقية من الأطباء كونهم ينتمون لرتب مختلفة، حيث تم سحب عينة قدرت بـ 10% لكل طبقة وذلك كما يلي:

<sup>1</sup>كابان فيليب، دورتيه جان فرنسوا، مرجع سبق ذكره، ص 238.

ملاحظة	عينة %10	العدد	الرتبة
تمت المقابلات مع جميع أفراد العينة	13	132	أستاذ استشفائي جامعي
تمت المقابلات مع جميع أفراد العينة	08	78	أخصائي
تمت المقابلات مع 21 فرد من العينة بنسبة 08.14%، كون الأطباء في هذه الرتبة يمارسون المهنة ويقومون بالدراسة وبالتالي تعذر علينا مقابلتهم جميعا.	26	258	أطباء مقيمين
تمت المقابلات مع جميع أفراد العينة	12	125	أطباء عامون

### 2-3- أدوات جمع البيانات:

من المسلم به أن إجراء البحث العلمي مرتبط ارتباطا وثيقا بأدوات جمع البيانات، وقد استخدمت الدراسة مجموعة من الأدوات وهي الملاحظة، المقابلة جمع الوثائق، تحليل محضر اجتماع.

#### أ- الملاحظة:

مما لا شك فيه أن استخدام الملاحظة في جميع أنواع البحوث الاجتماعية هي ضرورة حتمية إذ "يجمع الباحثون والمهتمون أن أداة الملاحظة هي أهم أداة من الأدوات الرئيسية التي تستخدم في البحث العلمي، ومصدرا أساسيا للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لموضوع الدراسة، وتعتمد أساسا على حواس الباحث وقدرته الفائقة على ترجمة ما لاحظته"<sup>1</sup>

كما تقسم الملاحظة إلى ملاحظة دون مشاركة فتكون بعدم مشاركة الباحث للمبحوثين في حياتهم اليومية، وإنما يقوم بملاحظة نشاطاتهم عن بعد، وملاحظة بالمشاركة والتي عرفها دن تزن بأنها: "إستراتيجية ميدانية تولف بين تحليل الوثائق

<sup>1</sup> علي غربي وآخرون، أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية، الجزائر، قسنطينة، جامعة منتوري، 1999، ص186.

والمقابلات مع المشاركين في المقابلة والمخبرين والمشاركة المباشرة والملاحظة والتقصي الداخلي بالوقت نفسه"<sup>1</sup>

وقد استخدمت الدراسة الملاحظة البسيطة لكل الظواهر داخل المركز الاستشفائي الجامعي، كما استخدمت الملاحظة بالمشاركة من خلال شبكة ملاحظة لتحليل العلاقة بين الطبيب والمريض، كذلك من خلال قضاء وقت طويل داخل كل مصلحة تمت فيها المقابلات وذلك لملاحظة سلوك الفاعلين فيها.

### ب- المقابلة:

تعتبر المقابلة من الأدوات المهمة لجمع البيانات والمعلومات من الميدان وتعرف بأنها: "وسيلة تقوم على حوار أو حديث لفظي (شفوي) مباشر بين الباحث والمبحوث (المستجيب)"<sup>2</sup> كما أن هناك العديد من أنواع المقابلة، وطبعا كل نوع يستعمل على حسب طبيعة والهدف من الموضوع، ولعل أبرز هذه الأنواع هي المقابلة الحرة، المقابلة المتعمقة، المقابلة البؤرية، مقابلة الخبراء، المقابلة المركزة على مشكلة، كما يمكن إجراء مقابلة فردية تجرى مع كل مبحوث على حدى أو جماعية، فأما المقابلة الحرة هي التي تكون عبارة عن حوار بين الباحث والمبحوث دون استخدام دليل مسبق للمقابلة، والمقابلة المتعمقة فهي التي يفسح خلالها الباحث للمبحوث المجال للتعبير والكلام كما يشاء إذ يمكن من خلالها إظهار جوانب أخرى لم ينتبه إليها الباحث، بينما المقابلة البؤرية فهي تستخدم عادة في بحوث الاتصال وتكون بإخضاع مبحوث أو مجموعة من المبحوثين لمثير كفلم مثلا ويدرس الباحث أثر ذلك على المبحوثين بعدما يكون قد حلل مضمون ذلك الفيلم، أما مقابلة الخبراء فتعنى بمقابلة الأشخاص الذين لهم تجارب ذاتية لموقف معين وهم على دراية كبيرة بحيثيات هذا الموقف، كما أن المقابلة المركزة على مشكلة فهي تتميز "بالتركيز على مشكلة، أي توجه الباحث نحو مشكلة اجتماعية هامة، والتوجه نحو الموضوع

<sup>1</sup> عبد القادر عبد الله عرابي، مرجع سبق ذكره، ص 197.

<sup>2</sup> علي غربي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 191.

بمعنى أنه ينبغي أن تطور، أو تعدل المناهج بالتوجه نحو الموضوع، وأخيرا التوجه نحو العملية في عملية البحث وفهم الموضوع"<sup>1</sup>

بالنسبة للدراسة فقد استخدمت المقابلة الفردية وذلك مع المدير الفرعي للتكوين، ومدير النشاطات الطبية وشبه الطبية للحصول على الموافقة لإجراء الدراسة الميدانية، حيث في بداية الأمر تم الحصول على ترخيص بإجراء الدراسة الميدانية، لكن بنزولنا إلى المصالح الطبية للمركز الاستشفائي الجامعي، تفاجأنا برئيس مصلحة يطلب ترخيص من مدير النشاطات الطبية وشبه الطبية، لنتصل به بعد ذلك ونحصل على الترخيص، وبعدها قمنا بالدراسة الاستطلاعية، لكن عند العودة في المرحلة الثانية من الدراسة، كانت صلاحيات الترخيص من قبل مدير النشاطات الطبية وشبه الطبية قد ألغيت، وأصبح المدير الفرعي للتكوين هو المسؤول الوحيد على إجراء التبرص والبحوث داخل المركز الاستشفائي الجامعي لتجرى مقابلة حرة بعد ذلك مع مديرة الموارد البشرية للحصول على عدد المورد البشري، وكذلك باعتبارها خبيرة ميدان - مقابلة خبراء- لمعرفة معلومات حول تسيير المركز الاستشفائي الجامعي، كذلك مقابلة مع المدير الفرعي للمستخدمين والتي تحصلنا من خلالها على عدد الأطباء الإناث والذكور، وكذلك مختلف النصوص القانونية التي تنظم المركز الاستشفائي الجامعي، كما تم تصميم مقابلة تحتوي على أسئلة مفتوحة مع الأطباء، وقد أجرينا مقابلة جماعية تحتوي على أسئلة مفتوحة مع المرضى لدعم المحور الخاص بعلاقة الأطباء بالمرضى.

### ج- الوثائق:

تمثلت الوثائق التي تم استخدامها في هذه الدراسة في الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي.

### د- الأدوات السمعية البصرية:

<sup>1</sup> علي غربي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص ص 203، 204.

تمثلت الوسائل السمعية البصرية في فيديو قدم في ملتقى حول المركز  
الاستشفائي الجامعي.

## خلاصة

إن الاختيار الأنسب لأدوات جمع البيانات، وكذا المنهج الملائم كان الهدف الذي ركزت عليه الباحثة في هذا الفصل، مع محاولة معرفة والإمام بالمجالين المكاني والبشري وذلك بجمع أكبر قدر ممكن ومتاح من المعلومات، من أجل إنجاح الدراسة الميدانية، أي معرفة وتحليل الواقع كما هو عليه.

# الفصل السادس

1-تفريغ وتحليل البيانات

المحور 1: بيانات عامة حول المبحوث

الجدول رقم 01: يوضح جنس المبحوثين:

الأطباء العامين		الأطباء المقيمين		الأطباء أخصائيين		الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين		الرتبة الجنس
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
% 33.33	04	%14.29	03	%25	02	% 38.46	05	ذكر
% 66.67	08	%85.71	18	% 75	06	% 61.54	08	أنثى
% 100	12	% 100	21	% 100	08	% 100	13	المجموع

يبين لنا الجدول أعلاه أن نسبة الإناث أكبر من نسبة الذكور في كل الرتب حيث مثلت نسبة 61.54% في مقابل 38.46% من الذكور بالنسبة للأساتذة الإستشفائيين الجامعيين، و75% مقابل 25%، و66.67% مقابل 33.33% بالنسبة للأطباء العامين و85.71% في مقابل 14.29% بالنسبة للأطباء المقيمين حيث أن نسبة الإناث في هذه الرتبة كبيرة جدا مقارنة بنسبة الذكور، هذه النتيجة هي تحصيل للنسبة الكلية لفئة الأطباء داخل المستشفى حيث أن نسبة الأطباء الإناث أكبر من نسبة الأطباء الذكور\*

جدول رقم 02: يوضح السن والحالة العائلية للمبحوثين

العامين			المقيمين			الأخصائيين			الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين			الرتبة الفئة العمرية
أعزب	متزوج	التكرار	أعزب	متزوج	التكرار	أعزب	متزوج	التكرار	أعزب	متزوج	التكرار	
00	01	01	07	14	21	00	01	01	00	00	00	[135-25]
%00	%08.33	08.33%	%33.33	66.67%	100%	%00	%12.5	%12.5	% 00	% 00	% 00	النسبة
00	03	03	00	00	00	00	06	06	00	08	08	[145-35]
%00	%25	%25	%00	%00	%00	%00	%75	%75	% 00	%61.54	% 61.54	النسبة
00	06	06	00	00	00	00	01	01	00	05	05	[155-45]
%00	%50	%50	%00	%00	%00	%00	%12.5	%12.5	% 00	%38.46	% 38.46	النسبة
00	02	02	00	00	00	00	00	00	00	00	00	[165-55]

\*نظر المجال البشري للدراسة.



%00	%16.67	16.67 %	%00	%00	%00	%00	%00	%00	%00	%00	%00	النسبة
00	12	12	07	14	21	00	08	08	00	13	13	المجموع
%00	%100	%100	%33.33	66.67 %	100 %	%00	%100	%100	%00	%100	%100	

نلاحظ من الجدول أن نسبة 61.54% من الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين ينتمون إلى الفئة العمرية المتراوحة بين 35 و 45 سنة، ونسبة 34.46% تمثل الفئة بين 45 و 55 سنة، والأخصائيين نسبة 12.5% تنتمي للفئة بين 25 و 35 وهي نفس نسبة فئة 45 و 55 سنة أما النسبة الأكبر وهي 75% فهي من فئة 35 و 45 سنة، أما الأطباء المقيمين فإن كل المبحوثين بنسبة 100% ينتمون إلى الفئة بين 25 و 35 سنة، أما الأطباء العامون فنسبة 50% ينتمون إلى الفئة العمرية بين 45 و 55 سنة، تليها نسبة 25% للفئة العمرية بين 35 و 45 سنة، لتأتي الفئة العمرية بين 55 و 65 بنسبة 16.67%، والفئة العمرية بين 25 و 35 سنة بنسبة 8.33% ومن خلال ذلك نتبين أن فئة الشباب هي الفئة الغالبة على معظم رتب الأطباء باستثناء رتبة الأطباء العامون التي تحوي فئات عمرية أكبر، هذا التفاوت في السن كون الفئات العمرية للأساتذة الاستشفائيين الجامعيين والأخصائيين وخاصة فئة الأطباء المقيمين الذين ينتمون كلهم إلى الفئة بين 25 و 35 سنة سوف تخلق حساسيات وصراعات سواء على مستوى الأقدمية في العمل، إعطاء الأوامر، تسيير المصالح،...

إن تصدر فئة الشباب للرتب يرجع إلى طموح هذه الفئة في الترقى والوصول إلى أعلى المراتب، فلم تعد رتبة الأستاذية داخل المستشفى مرتبطة بالسن الكبير كما أن الارتقاء في المراتب داخل المستشفى لا يشترط السن وإنما هي عبارة عن مسابقات تجرى، كما ينتمي جميع المبحوثين إلى فئة المتزوجين - باستثناء 33.33% من الأطباء المقيمين فهم عزاب ويمكن إرجاع ذلك إلى السن وكذلك كونهم لا يزالون في طور التكوين (طلبة) كون معظمهم مر مباشرة من طبيب عام إلى طبيب مقيم - و هذا مرتبط من جهة بسن المبحوثين الذين هم في سن الزواج، و من جهة

أخرى يبين لنا نوعاً من الاستقرار الاجتماعي الذي يتمتع به المبحوثون، ولو أن ذلك يمكن أن يكون شكلياً فالاستقرار الاجتماعي في هذه الحالة مرتبط بتكوين أسرة، لكن هناك العديد من العراقل التي تقف أمام الطموح العملي والعلمي خاصة فئة الإناث فإن العراقل تكون بسبب المسؤوليات الأسرية، أو عدم سماح الزوج للزوجة بالتنقل، وهذا الأخير غير مرتبط بكون الزوج ينتمي إلى فئة الأطباء أو لا إذ هناك من الطبيبات من هي متزوجة من طبيب وتواجه هذا المشكل.

### الجدول رقم 03: يوضح المواطن الأصلي للمبحوثين

العامين		المقيمين		الأخصائيين		الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين		الرتبة الموطن الأصلي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
00%	00	42.86%	09	37.5%	03	30.77	04	ريف
100%	12	57.14%	12	62.5%	05	69.23	09	مدينة
100%	12	100%	21	100%	08	100%	13	المجموع

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن مهنة الطبيب لم تعد تقتصر على الأفراد الذين ينتمون إلى المدينة ولو أن هناك تفاوت في النسب بميل النسبة الأكبر إلى المدينة مع انعدام أطباء عامون ذوي الأصول الريفية، وهذا ما يؤكد ذلك كون فئة الأطباء العامون هم الأكبر سناً كما كان موضحاً في الجدول رقم 02، وهذا ما يتعارض نسبياً مع فكرة الهايبتوس التي أتى بها بيير بورديو الذي وضح أن هناك طبقة داخل المدرسة، وأن هناك فروع علمية تدرسها فئة دون أخرى، كذلك هذا راجع إلى ثقافة المجتمع حيث يرى الأولياء بأن ابنهم الذي يدرس هذه المهنة هو عبارة عن نجاح، من جهة ومن جهة ثانية هو عبارة عن دمج ابنهم في طبقة أعلى وبالتالي اكتساب مكانة اجتماعية أعلى، لكن هذا لا يعني سهولة المهنة لهذه الفئة

كون دراسة الطب تتطلب الكثير من المصاريف وكذلك كما صرح المبحوثون أنها تتطلب وجود دعم داخل هذا الميدان.

جدول رقم 04: يوضح مكان الإقامة الحالي للمبحوثين

العامين	المقيمين		الأخصائيين		الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين		الرتبة مكان الإقامة	
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار		
%100	12	%85.71	18	% 87.5	07	%84.62	11	داخل مدينة باتنة
%00	00	% 14.29	03	% 12.5	01	%15.38	02	خارج مدينة باتنة
%100	12	% 100	21	%100	08	%100	13	المجموع

يقطن معظم المبحوثين داخل مدينة باتنة وهذا ما يسهل التنقل لمكان العمل لكن هناك %15.38 من الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين، و%12.5 من الأخصائيين و%14.29 من الأطباء المقيمين، يقيمون خارج مدينة باتنة، وهذا يؤثر على مردودية الأطباء، وأوقات تواجدهم بالمركز الاستشفائي الجامعي، خاصة المقيمين منهم الذين قالوا بأن هذا يرهقهم ويستنزف قواهم، كما أن هناك من المبحوثين من طرح مشكل توزيع السكن الوظيفي على غير الأطباء وإهمال فئة الأطباء والذي أدى إلى خلق صراع بين الأطباء والمسيرين الإداريين، وهذا ما سوف نتحدث عنه لاحقاً في العلاقة طبيب/مسير إداري.

المحور 2: معلومات حول المنصب

جدول رقم 05: يوضح حياة الأطباء على شهادات أخرى وحصولهم على الترقية

الترقية	شهادات أخرى	الرتب
<p>-أجمع كل المبحوثين أن الترقية في الدرجة تخضع لنظام الأقدمية ( درجة لكل 03 سنوات عمل) بينما الترقية في الرتبة فهي تخضع لنظام المسابقات حيث تقام مسابقات وطنية كتابية وشفوية، إضافة إلى أن هناك مسابقات تجرى على أساس تكوين ملف من الأعمال العلمية: مقال، البحث العلمي ( مذكرة) ملتقى، تدريس.</p>	<p>-اقتصرت الشهادات الأخرى عند الطبيب الأستاذ على تكوين في الإعلام الآلي لكن مقتصر على المبادئ الأولية و تكوين في اللغات ( 05 مبحوثين) باستثناء مبحوثة واحدة التي لديها دبلوم حول النظافة الاستشفائية أجرته بمصاريها الخاصة في فرنسا+ دبلوم حول البيداغوجيا الطبية من جامعة باتنة.</p>	<p>أستاذ استشفائي جامعي</p>
<p>-03 مبحوثين من أصل 08 قالوا أنهم لم يتحصلوا على ترقية، مبحوثة قالت أن السبب يعود إلى أنها تخرجت مؤخرا فقط، الثانية قالت أنها لم تتحصل حتى على الترقية بالأقدمية نتيجة كما قالت للعراقيل والضغوط التي تعاني منها (ليست على اتفاق مع الطبيبة رئيسة المصلحة) أما الثالثة فقالت أنها قامت بمسابقة للحصول على رتبة أستاذ مساعد لكن لم يقدم لها المنصب " قمت بالمسابقة لكن لم يقدموا لي المنصب أجريتها في الجزائر العاصمة، نظمتها وزارة التعليم العالي، البيولوجيا العيادية نادرة، الامتحان كان ليس له علاقة بالواقع، كنا 05 مترشحين، 05 مناصب، نجحت واحدة فقط، الذين أجروا لنا الاختبار ليست لهم علاقة بتخصصنا"</p> <p>-05 مبحوثين، 04 منهم تمت ترقيتهم على أساس الأقدمية ( 03 سنوات) ومبحوث 01 قال: " أجريت امتحان على المستوى الوطني"</p>	<p>-لا يمتلك الأطباء الأخصائيين أي شهادات أخرى.</p>	<p>طبيب مختص</p>
<p>-19 مبحوث قالوا أنهم لم يتحصلوا على ترقية كونهم انتقلوا من طبيب عام مباشرة نجحوا في المسابقة الخاصة بالطبيب المقيم.</p> <p>-مبحوثة قالت لم تتحصل على ترقية: "مدة العمل كانت غير كافية للحصول على ترقية".</p>	<p>-18 مبحوث قالوا أن ليس لديهم شهادات أخرى، مبحوثة قالت: "ليس لدي الوقت للأسف كنت أريد دراسة اللغات"</p> <p>-03 مبحوثين لديهم شهادات، مبحوث (مقيم جراحة الأعصاب) قال: "شهادة تقني في كرة</p>	<p>طبيب مقيم</p>

<p>-مبحوثة واحدة تحصلت على ترقية:"عندما كنت طبيبة عامة استقدت من ترقية درجة بالأقدمية، عملت 04 سنوات".</p>	<p>القدم" ، مبحوث (مقيم طب العيون):"إسعافات أولية أجريت تكوين في جمعية السكري"، مبحوثة:"دبلوم حول السرطان قمت به في فرنسا على حسابي الخاص".</p>	
<p>-مبحوثة واحدة لم تتحصل على ترقية وأرجعت السبب إلى أن الترقية تتم عن طريق الأقدمية وهي لم تصل بعد. -11 مبحوث تحصلوا على ترقية على أساس الأقدمية من بينهم مبحوثة تحصلت على ترقية وأصبحت مشرفة على سير برنامج الصحة المدرسية على مستوى الولاية (منسقة الطب المدرسي)، ومبحوثين تحصلا على ترقية طبيب عام رئيسي على أساس امتحان كتابي محلي يفتح على مستوى كل ولاية.</p>	<p>-09 مبحوثين ليس لديهم شهادات أخرى. -03 مبحوثين لديهم شهادات أخرى تمثلت في مبحوثة لديها شهادة سكريتارية مكتنية في الإعلام الآلي، مبحوثة لديها شهادة في الطب المدرسي وعلم الأوبئة، ومبحوث لديه شهادة الماستر ديموغرافيا تخصص صحة وسكان.</p>	<p>طبيب عام</p>

من خلال الجدول نتبين بالنسبة للشهادات الأخرى الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين\* لا يملكون شهادات أخرى باستثناء 05 مبحوثين الذين لديهم تكوين مبادئ أولية في الإعلام الآلي الذي يمكن إرجاعه إلى ضرورة استخدام الحاسوب في وقتنا الحالي، وكذلك تكوين لكنه ليس معمق في اللغات، رغم أن التحكم في اللغة الانجليزية أصبح ضرورة لمواكبة التطورات العلمية، بينما الأطباء لا يزالون يعتمدون على اللغة الفرنسية، لكن هناك مبحوثة واحدة التي لديها دبلوم حول النظافة الاستشفائية أجرته بمصاريها الخاصة في فرنسا+ دبلوم حول البيداغوجيا الطبية من جامعة باتنة، وهذا ما مكنها من التحصل على رئيس مصلحة وهي لا تزال أستاذ مساعد ب، كونها الوحيدة في المصلحة التي لديها شهادات أخرى، إن عدم سعي المبحوثين للحصول على شهادات أخرى يعود إلى المسؤوليات المنوطة بالطبيب الأستاذ الجامعي من تدريس وفحص أو إجراء عمليات، وكذلك عملهم

\*تجدر الإشارة إلى أن رتبة الأساتذة بها العديد من الدرجات: أستاذ مساعد استشفائي جامعي قسم ب، أستاذ مساعد استشفائي جامعي قسم أ، أستاذ محاضر استشفائي جامعي قسم ب، أستاذ محاضر استشفائي جامعي قسم أ، إضافة إلى أن للأطباء في هذا المستوى إمكانية الترقية إلى رئيس مصلحة، وبالتالي فإن لكل فرد داخل رتبة معينة طموحه وأهدافه ومن ثمة إستراتيجيته.

بالعيادات الخاصة رغم أن معظم المبحوثين نفوا ذلك باستثناء مبحوث واحد الذي أكد على أن الأطباء يمارسون مهنة الطب في العيادات الخاصة\*\*، كذلك عدم وجود تشجيع وتكوين من قبل المستشفى أو الجامعة لتحسين المستوى، كون أن الترقية في الدرجات مرتبطة بالأقدمية، والترقية في الرتبة تعتمد على المسابقات حيث تقام مسابقات وطنية كتابية وشفوية، إضافة إلى أن هناك مسابقات تجرى على أساس تكوين ملف من الأعمال العلمية: مقال، البحث العلمي ( مذكرة) ملتقى تدريس\*\*

بالنسبة للأطباء الأخصائيين لا يملكون أي شهادات أخرى، كما أن الترقية في الدرجات بالنسبة إليهم كما كل الرتب مرتبطة بالأقدمية، مبحوثة واحدة فقط تمت ترقيتها بإجراء امتحان وطني، في حين رسبت طبيببة أخرى في الامتحان حيث أرجعت السبب كما قالت أن الذين أجروا لهم الامتحان لم يكون من مجال تخصصهم، كما أنها قالت بأنه بقيت 04 مناصب شاغرة، وفي رأيها هذا إحجاف أما مبحوثة أخرى فقالت أنها لم تتحصل على ترقية بسبب العراقيل التي تواجهها كما قالت أنها بسبب صراعها مع رئيسة المصلحة، وهنا تجدر الإشارة أنه -وكما

\* انظر الجدول رقم 07 المتعلق بممارسة أنشطة أخرى خارج الدوام الرسمي.

\*\* حسب المقابلات التي أجريت مع الأطباء فإنه لا يوجد تقييم لعملهم أو حوافز على إنجازاتهم، وهذا الواقع يتعارض مع ما جاء في القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 23 غشت سنة 2017 يحدد كليات تطبيق المادة 21 من المرسوم التنفيذي رقم 08-129 المؤرخ في 27 ربيع الثاني عام 1429 الموافق 3 مايو سنة 2008 والمتضمن القانون الأساسي الخاص بالأستاذ الباحث الاستشفائي الجامعي، حيث تنص المادة 2 منه على: "تهدف عملية تقييم الأنشطة العلمية والبيداغوجية والصحة للأستاذ الباحث الاستشفائي الجامعي إلى تبيين المجهود والأداء وتشجيع الاستحقاق والتنافس وتطوير أداء مؤسسة التكوين العالي ومؤسسة الصحة التي يمارس فيها"

كما تنص المادة 3 من نفس القانون على: "يتعين على الأستاذ الباحث الاستشفائي الجامعي إعداد تقرير سنوي عن نشاطاته العلمية والبيداغوجية والصحة طبقاً للمهام القانونية الأساسية... يمكن الأستاذ الباحث الاستشفائي الجامعي أن يذكر في التقرير الصعوبات التي يواجهها في أداء مهامه"

وهذا ما أكدته مديرة الموارد البشرية، التي تأسفت وقالت أنه لا يوجد العمل من أجل هدف، المؤسسة تسير وفقاً للروتين، وما يريد زير الصحة، لا يوجد تحفيز، كما أن التكوين محدود بسبب التمويل المادي.

صرح معظم الأطباء- أن الاتفاق مع رئيس المصلحة يعد ضرورة لأنه هو المتحكم في كل الأمور حيث أنه يمكن أن يؤثر حتى على الترقية على أساس الأقدمية عن طريق تقديم إنذار وكتابة تقارير، ومن ناحية أخرى يمكن أن يؤثر على مشاركة أطباء المصلحة في المؤتمرات والملتقيات، وكذلك نشرهم للمقالات.

هناك 03 مبحوثين فقط من الأطباء المقيمين لديهم شهادات أخرى من بين هؤلاء مبحوث واحد شهادته ليست لها علاقة بمجال عمله، وهي تقني في كرة القدم والذي صرح أنه لا يحب دراسة الطب ولكنه أجبر عليها من طرف والديه، وهذا راجع إلى أن السلطة الأبوية لاتزال تحدد توجه الكثير من الأبناء بحكم الدين (رضا الوالدين) والعادات والتقاليد، وأيضا الثقافة السائدة في المجتمع أن الذي يتحصل على معدل كبير في البكالوريا - إذا كان يدرس علوم- يتوجه مباشرة لدراسة الطب في الجامعة، كما سوف نلاحظ في الجدول رقم 06 بخصوص الطموح المهني حيث أنه يرغب في مغادرة الوطن وهو ينتظر أيضا موافقة والديه، ومبحوثة لديها شهادة في الإسعافات الأولية والتي تحصلت عليها من جمعية مرضى السكري، وهذا يجعلنا نتساءل إذا كان طبيب يدرس 07 سنوات ثم يقوم بالاختصاص وفي كل هذه المراحل يلجأ إلى جمعية للحصول على شهادة للإسعافات الأولية التي من المفروض أن تكون من الأساسيات التي يجب أن يكتسبها مع بداية تكوينه ومبحوثة لديها دبلوم حول السرطان حيث أجرت تكوينا في فرنسا بمصاريفها الخاصة، وبالنظر إلى طبيعة المسابقات التي سوف يقوم بها الأطباء المقيمين بعد حصولهم على الاختصاص عن طريق الاختبار، فإنها تتطلب تكوين ملف مما يبين أن هذه المبحوثة لديها أهداف أكبر من حصولها على الاختصاص.

ثلاثة من الأطباء العامين لديهم شهادات أخرى، مبحوثة لديها شهادة سكريتارية مكتبية في الإعلام الآلي، مبحوثة لديها شهادة في الطب المدرسي وعلم

الأوبئة، ومبحوث لديه شهادة الماستر ديموغرافيا تخصص صحة وسكان، كما أن الترقية في هذه الرتبة تعتمد هي الأخرى على الأقدمية إضافة إلى الاختبارات الكتابية للترقية لطبيب عام رئيسي.

إن حصول أطباء على شهادات أخرى مرتبط بالطموح المهني (الأهداف) الذي يسعى إليها الطبيب، خاصة فيما يتعلق بالحصول على رتبة إدارية، وهذا مانستشفه من خلال الجدول الموالي.

جدول رقم 06: يوضح الطموح المهني

الرتب	الطموح المهني	كيفية السعي للحصول عليه	العراقيل التي تقف أمام تحقيق الطموح
أستاذ استشفائي جامعي	<p>-بالنسبة للأساتذة المحاضر قسم أ (02) نجد أن طموحهما المهني يتمثل في كتابة كتب تكوين الطلبة</p> <p>-بالنسبة للأستاذ المحاضر قسم ب فطموحه المهني كان في الترقية لأستاذ محاضر قسم أ وهو ينتظر فتح مسابقة وطنية.</p> <p>-بالنسبة للأساتذة المساعدين فإن طموحهم المهني يتمثل في الحصول على رتبة أستاذ محاضر وبالفعل جميع المبحوثين هم بصدد تحضير مذكراتهم والعمل من أجل ذلك باستثناء طبيب واحد من بين المبحوثين الذي كان طموحه إلى جانب أستاذ محاضر أن يكون رئيس مصلحة.</p>	<p>-أجمع كل المبحوثين أن الحصول على طموحهم المهني لا يكون إلا بالعمل الجاد، والقيام بالأنشطة العلمية.</p>	<p>-نقص الوسائل للقيام بالبحث العلمي، وفي بعض الأحيان انعدامها، خاصة بعد سياسة التقشف التي انتهجتها الدولة، وأضافت مبحوثة واحدة " هناك من يضغط عليك لكي لا تحقق طموحك، تريد إجراء أشياء ولا تقومين بها لأنه لا توجد وسائل وهناك من لا يؤمن ذلك لك عمدا، حيث أضطر لشراء وسائل من ميزانيتي الخاصة، الأسبوع الفارط فقط اشترت الكثير من الوسائل من أجل إتمام عمل"، مضيئة " يقدم لك طبيب أكثر درجة أعمال يلهيك بها عن أداء طموحك + la charge الأستاذ الاستشفائي الجامعي يعمل من 08 إلى 16 بعدها أنت مسؤولة في البيت+ المداومة، وينادونك حتى في أيام العطلة إذا اقتضى الأمر هذا يعرقل البحث + أنها تتهك صحتك".</p> <p>-عدم توفر الوقت خاصة وأن الطبيب الأستاذ مكلف بالتشخيص، التدريس</p>



<p>وإجراء البحث العلمي، إضافة إلى أن هذا العامل ( الوقت ) هو أكثر ضغطاً بالنسبة للإناث كون الطبيبات متزوجات ولديهن مسؤوليات أسرية التي تؤكد الطبيبات أنها هي الأخرى تعتبر من العراقيل.</p> <p>- نقص التأطير بالنسبة للتربص في الخارج وهذا يؤثر على القدرات المهنية ومجارة التطور العلمي في الدول الأخرى.</p> <p>-الضغط الكبير في المستشفى يؤثر على عمل الطبيب في الجامعة من المفروض أن يكون عمل الأستاذ في الجامعة أكثر لكن العكس هو الذي يحدث.</p> <p>- هناك مبحث قال أنه من بين العراقيل الكبيرة التي أثرت عليه السكن الوظيفي حيث قال بأن لديهم مشكل كبير في ذلك وهو إشكال إداري فهذه السكنات توزع على أساس المحسوبة والمحاباة.</p>			
<p>-قال المبحوث: " لدينا نظام يقلقني، أستاذ مساعد تابع للجامعة، هناك سياسة في بعض الأحيان مرهونة بالبروفيسور (جمع الشهادات) الامتحان لا يقيمك على أساس العمل، ليس هناك تقييم موضوعي، الامتحان النظري أتحصل على نتيجة جيدة لكن جمع الشهادات فيه ظلم كبير"</p> <p>المبحوث الثاني قال: "عراقيل بيروقراطية خاصة فيما يخص التحصل على صفة أستاذ مساعد"</p> <p>بالنسبة للمبحوثة الثالثة قالت: " الحالة العائلية (الزواج).</p> <p>-قالت المبحوثة: "نعم، كثيرة، مجتمعنا، أنا ليس لدي من أترك عنده أولادي</p>	<p>-مبحث من بين الثلاثة قال: "لا أسعى، تعبت من العمل، كثرة العمل في نفس الوقت العائلة لها متطلبات كثيرة"</p> <p>أما المبحوث الثاني فقد قال: " بذل مجهودات إضافية".</p> <p>المبحوثة الثالثة قالت: "المساهمة في تكوين الأطباء الداخليين والخارجيين"</p> <p>- قالت المبحوثة: " ندرس الأطباء الداخليين والخارجيين، المشاركة في</p>	<p>-03 مبحثين تمثل طموحهم المهني في التحصل على رتبة أستاذ.</p> <p>-مبحوثة قالت: "هناك الأستاذية لكنني لا أريدها، أريد أن أكون طبيب مختص رئيسي، لأنهم يفتحونها خارج الولاية، وحتى إن فتحوها هنا لا أريد لأن اهتمامي بالجراحة، خاصة أن ظروف العمل والمنزل لا تسمح، وبالتالي أريد التعلم أكثر في ميدان الجراحة"</p> <p>-مبحوثة قالت: " ليس لدي طموح، أقوم بالعمليات وأنجح فيها فقط"</p>	<p>طبيب أخصائي</p>

<p>وزوجي لا يسمح لي بتركهم في روضة الأطفال، والدي كبيرين لا يمكنني الاعتماد عليهما، وضع لي زوجي العديد من العراقيل، يريدني أن أترك العمل كلياً- تساعدني أختي- حالياً أعمل في الأيام الخاصة بي والمناوبة لأنها إلزامية".</p> <p>-المبحوثة 07:" أول العراقيل من رئيسة المصلحة، تحقر الاختصاص، ولا تعطينا حقوقنا من التكوين، من المؤتمرات، كنا مع رئيسة المصلحة السابقة أجريت تكوينين في فرنسا وفي المغرب واستفدت كثيراً*، وعراقيل إدارية لا توجد أدنى وسائل للعمل، قمت بإضراب لإحضار مبرد ولم يحضره، الكرسي مهترئ، مكان إجراء التحاليل غير لائق، المخبر كان مخزن وحول إلى مخبر، لا يحتوي على مقومات المخبر، هناك مكان واحد نغسل فيه أيدينا ونرمي فيه الدم، لكن لا حياة لمن تتادي حينما نشككي من هذه الأمور، الوقاية غير متوفرة تماماً"</p> <p>- المبحوثة 08:" لم أستطع المواصلة وضعوا لي صعوبات لمنعي من تغيير مكان عملي كي أبقى تحت الغطسة، تم حرمانني من البحث العلمي بتاتا من طرف الطبيبة رئيسة المصلحة حتى الملتقيات تقدمها للطبيبات المقيمات، السبب أنني كنت من الأطباء المفضلين عند الطبيبة التي انتقلت إلى مستشفى آخر، رغم أنني أقوم بعملية جديده، عبء العمل كله علي، تأثرت حالتي النفسية كثيراً، إضافة إلى ضغط ظروف العائلية، لدي مسؤولية العائلة والأولاد.</p>	<p>الملتقيات، تكوين ملف، أيام جراحية في المناطق النائبة، التحصل على رتبة مختص رئيسي ليس بالشيء الكبير مثل الأستاذية.</p> <p>-قالت المبحوثة:"نحن يجب أن نجتاز مسابقة، على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي لا يفتحون لنا مناصب، لا أريد أن أؤثر على استقرار العائلي، لكن زوجي أذفعه للترقية (زوجها طبيب بنفس المستشفى)</p> <p>-قالت المبحوثة 06:" هي مسألة وقت، لدي أولاد صغار، بعد عدة سنوات سأسافر للتكوين، أذهب بإمكانياتي الخاصة، المستشفى لا تقوم بإرسالنا للتكوين"</p> <p>-المبحوثة 07:" إذا بقيت في المستشفى لن أحقق أي طموح، لأن هذا النوع من المسابقة الخاص بتخصصي ألغي تماماً، وبالتالي سوف أبقى أخصائية مساعدة، هذا إضافة إلى أن الوسائل غير متوفرة، والميزانية تصب في أشياء أخرى، هناك تمييز بين الأقسام</p>	<p>-المبحوثة السادسة قالت:" إجراء تريض خارج البلاد، من أجل عمليات لانتقام في الجزائر، مثلا زراعة الكبد عند الطفل".</p> <p>-المبحوثة 07:" آه، كان لدي الكثير من الطموح لكنه اختفى، كنت أريد تطوير هذا المخبر وإدخال أمور تفيد المرضى لكن لم تساعدنا رئيسة المصلحة، الآن طموحي هو أن أستقيل وأنشئ مخبري الخاص"</p> <p>-المبحوثة 08:" كان لدي طموح أن أوصل، لكن الآن أنا قمت بتقديم استقالتي، وسوف أفتح عيادة خاصة"</p>
---	--	--

	<p>على حسب المصالح المشتركة مع رئيس المصلحة، وعلى حسب نشاط رئيس المصلحة، أما نحن رئيسة المصلحة حتى مرضاها لا تقوم بواجبها نحوهم" -المبحوثة 08: " قدمت الاستقالة، وسوف أفتح عيادة خاصة، في المستقبل إذا تغيرت الظروف أعود للقطاع العام لأن طموحاتي علمية"</p>		
<p>-مبحوثين قالوا أنه لا توجد عراقيل أمام تحقيق هذا الطموح. 09 مبحوثين قالوا أن هناك عراقيل وأجمعوا على سوء التأطير، نقص الوسائل، نقص الأطباء الأخصائيين، نقص الإمكانيات المادية، كما أضافت مبحوثة إلى ذلك: "عراقيل قانونية، فرض الخدمة المدنية مع اختيار أماكن بعيدة عن مقر السكن"، مبحوثة أخرى: "مسؤولية العائلة والأولاد"</p>	<p>-قال 10 مبحوثين أنهم يسعون إلى تحقيق طموحهم بالعمل والدراسة وبذل مجهود بالتكوين الذاتي. -مبحوثة قالت: "تحديد الهدف المراد الوصول إليه، تخطيط المراحل المختلفة لتحقيق الهدف، إدراج الصعوبات المحتمل مصادفتها ورسم استراتيجية لمحاولة القضاء عليها، وضع نقاط الضعف والقوة، التركيز على نقاط القوة ومحاولة تعزيزها"</p>	<p>-11 مبحوث من أصل 21 قالوا أن طموحهم يتمثل في الحصول على شهادة الاختصاص، أضافت 05 مبحوثات: "الحصول على منصب عمل في مكان مناسب"</p>	<p>طبيب مقيم</p>
<p>-"بيروقراطية الإدارة وسوء التسبير"، "الوسائل التي نعمل بها تؤثر على نوعية التكوين، نقص الأساتذة المكونين، نقص التأطير، نقص المحفزات".</p>	<p>-08 مبحوثين أجمعوا على: "العمل والاجتهاد، التعب". مبحوثة: "الدراسة، البحث،</p>	<p>-08 مبحوثين كان طموحهم أبعد من الحصول على الشهادة مبحوثين: "فتح عيادة خاصة" مبحوثة: "أريد أن أكون مختصة،</p>	

<p>مبحوثة: "نعم، التكوين يجب أن نكون نحن من نبادر، حتى النظري والتوجيه لا يوجد، نتكون وحدنا، في المستشفى لا توجد وسائل، مثلنا نحن الجراحين نحتاج المسح الضوئي scanner وغير موجود، لا يوجد تقسيم العمل، الطبيب المقيم يقوم بجميع الأعمال حتى عمل عمال النظافة، التنقل من مكان بعيد (أريس) يستنفذ طاقتي، لا يوجد تنظيم للأطباء المقيمين، ولا أستطيع المعارضة"</p> <p>مبحوثة: "نعم غياب الوسائل، نقص التكوين، مسؤولية العائلة والأطفال."</p> <p>مبحوثة: "نعم، قلة الوقت لاستيعاب الكم الهائل من المعلومات، طموحي يناله البعض الآخر بالمعرفة"</p> <p>مبحوثة: "موجودة، العلاقات الشخصية داخل المصلحة، قمت بعمل وقدمته لطلبة الطب، بعدها طبية أكبر مني رتبة أرادت أن تقوم بالدراسة وجدنتي أجريتها قبلها وبالتالي أصبحت في خطر أصبحت مصدر تهديد لها، في الاختصاص لدينا جزء مهم الذي هو 75 % بحث علمي، لكن للأسف البحث العلمي لازل يعاني، أحب أن أتوصل إلى أشياء جديدة، المسؤولية المنزلية"</p> <p>مبحوثة: "الظروف المادية، الزوج، الأطفال"</p> <p>مبحوثة قالت: "من المفروض عندما يكون العمل الجاد لا توجد عراقيل (مازلت لم أصادف بعد)"</p>	<p>الاجتهاد، المثابرة، المحاكاة بأشخاص كفاء ذوي خبرة علمية وميدانية، نشر العلم."</p> <p>مبحوثة: "المواضبة على دراسة مابعد التدرج، تدريس شبه الطبيين للحصول على شهادات علمية وعملية، حضور المؤتمرات العلمية والمشاركة فيها"</p> <p>مبحوثة: "طموحي لا يغيب عن ناظري، لا أدرس من أجل الإمتحان، أدرس من أجل أن يبقى لي في المستقبل، العمل أتعب كثيرا في العمل"</p>	<p>أقوم بعمليات صعبة، أقوم بتكوين خارج الوطن"</p> <p>مبحوثة: "الترقية في العلم، نشر الثقافة العلمية الصحيحة في المجتمع، التوعية، التطور في البحث العلمي، العيش في مجتمع واعي بثقافة الصحة"</p> <p>04 مبحوثات قلن أن طموهين يتمثل في الوصول إلى رتبة "طبيب أستاذ جامعي"</p>
<p>قال: "رضا الوالدين عن مغادرتي الوطن"</p>	<p>قال: "رضا الوالدين ومن ثمة المغادرة"</p>	<p>مبحوث قال: "مغادرة الوطن"</p>
		<p>مبحوثة قالت: "ليس لدي طموح"</p>

<p>-المبحوث الذي قال أنه سيتقاعد:"قبلا كانت لدينا عراقيل عدم استقرار البلاد، مثلا مسابقة الأطباء المقيمين كانت غير موجودة في باتنة، أجريتها في فرنسا ونجحت، لكن عدت من أجل الوالدين، قالوا أنهم لن يسامحاني إن ذهبت إلى فرنسا، والجزائر كانت بحاجة لنا"</p>	<p>- مبحوث من بين الخمسة قال أن ليس لديه طموح كونه سيتقاعد (عمره 57 سنة) مضيفا:" في الحقيقة الطبيب ليس لديه تقاعد، لكن مع ما نعانیه تعبنا، المناوبة في هذا العمر، مسؤوليات الأولاد."</p>	<p>05- مبحوثين قالوا أن ليس لديهم أي طموح مهني.</p>	<p>طبيب عام</p>
<p>- المبحوثة التي قالت أنه كان لديها طموح وتلاشي:"الكثير من الأشياء، الامتحانات في بلادنا ليست منصفة، حين شاركت في امتحان الأطباء المقيمين كان هناك 40 منصب، نجح عدد قليل والمناصب الأخرى أُعيدت، والآن مع الأولاد والعمل، العمل يأخذ الوقت زائد المسؤوليات خاصة عندما تكون مسؤولية البيت على عاتقك، أصبحت لدي أولويات أخرى"</p>		<p>-مبحوثة قالت:"كان عندي طموح لكن مع المسؤوليات والأولاد ليس لدي الوقت حاليا.</p>	
<p>-الزوج كان ضد أنني أكمل، لا يريد أن أعمل أو أتم الدراسة"</p>	<p>-درست لكن مع البيت والأولاد لم أستطع أن أوفق وبالتالي ضحيت."</p>	<p>-مبحوثة قالت:"كنت أردت أن أتم الاختصاص وأفتح عيادة، لكن الآن تلاشي"</p>	
<p>-العمل الكثير، مسؤوليات الأسرة، والمشاركة في المسابقات يتطلب التحضير الجيد." -صعوبة الإدماج في فرق البحث مثلا أنا شهادتي طبية عامة، لكي أدمج يجب أن تكون لدي رتبة أكبر" -حاليا لا توجد عراقيل، للظفر بمنصب يجب بذل جهد، والتدخل من طرف أصحاب ذوي سلطة les interventions ، هناك عراقيل أمام الطبيب العام للحصول على الوظائف النوعية وبالتالي درست ماستر ديموغرافيا</p>	<p>-تمثلت سبل السعي لتحقيق الطموح المهني في: "التكوين، الدراسة، يجب أن نكون دائما على دراية بالمستجدات، إجراء مسابقات" "أشارك في أعمال، بحوث،..." "أنا أقوم باتصالاتي لأقدم طلبتي في الجامعة" "بفرض النفس،</p>	<p>05- مبحوثين قالو أن لديهم طموح 02 تمثل طموحهم في: "الاختصاص، وبعدها الأستاذية مبحوثة قالت أنها تريد "إيصال رسالة، كل ما أعرفه أريد إيصاله" مبحوثة:"الخروج من المستشفى الجامعي، الذهاب إلى الجامعة لكي أعمل خارج ضغط المستشفى" مبحوث(المتحصل على</p>	

<p>تخصص صحة وسكان لتقديمه للحصول على منصب إداري (لأنه متعلق بالصحة)</p>	<p>بالعمل، بالخبرة، بالتكوين، إجراء مسابقة، إجراء ترخيصات.</p>	<p>الماستر):"رئيس مصلحة، ثم مدير فرعي أو مدير، كان لدي طموح أن أوصل دراستي وأكمل الاختصاص لكن أصبت بمرض مناعي من ذلك لا يمكنني الدراسة وممارسة مهنة الطب في نفس الوقت، حتى أنني غيرت المصلحة فهذه المصلحة أكثر هدوءاً."</p>
---	--	---

بالنسبة للأطباء الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين فإننا نلاحظ أن تصريحاتهم بطموحهم المهني كان به نوع من التحفظ خاصة فيما يخص الحصول على مناصب بيداغوجية مثلا رئيس مصلحة - هذا بالنسبة للأساتذة الذين لا يشغلون هذا المنصب- حيث بالحوار معهم وجدناهم يرغبون في ذلك لكن بما أنه لا يريد صراع مع رئيس المصلحة فمعظم إجاباتهم كانت أن هذا المنصب هو لشخص واحد ولديهم رئيس مصلحة وبالتالي فإنه لا يرغب في منافسته عليه، خاصة وإذا وجدنا أن موافقة رئيس المصلحة على قيام هذا الطبيب بالمذكرة، إضافة إلى أن مشاركته في الملتقيات الوطنية والدولية وتقديم الأنشطة العلمية خاضعة لموافقته وبالتالي فإن هذا الخطاب - تصريح الأطباء- هو خاضع لطبيعة الزمان والمكان كما أشار إلى ذلك بيير بورديو\*، هذا باستثناء مباحث واحد الذي قال أنه يسعى لهذا المنصب، وبالتالي فإننا نلاحظ أن طموح الطبيب الأستاذ مرتبط بالترقية في نفس الرتبة فقط، باستثناء الأستاذين المحاضرين أ فإنهما أعربا عن رغبتهما في كتابة كتب، كذلك نفس الشيء بالنسبة للحصول على المناصب النوعية\*\*، هذا من ناحية ومن ناحية ثانية وكما أتت به أبحاث ميشال كروزيه فإن الفاعلين داخل التنظيم يخفون استراتيجياتهم وأهدافهم لحين بلوغها.

\* أنظر ما بعد البنيوية عند بيير بورديو الفصل الثاني.

\*\* رغم أن المادة 10 من القانون الأساسي الخاص بالأستاذ الباحث الصادر في العدد رقم 23 من الجريدة الرسمية بتاريخ: 28 ربيع الثاني عام 1429. مايو سنة 2008 تنص على: "يمكن دعوة الأساتذة الباحثين لشغل مناصب عليا هيكلية أو وظيفية"

أجمع المبحوثون أن هذا لا يكون إلا بالعمل الجاد والقيام بالأنشطة العلمية، لكن هناك عراقيل وأبرز هذه العراقيل هي عدم توفر الوسائل، وهناك من قالت أنه هناك من يعتمد عدم توفير الوسائل مشيرة بذلك إلى المسيرين وهذا ما سيخلق حالة صراع بين بعض الأطباء الأساتذة والمسيرين الإداريين بسبب عدم توفير الوسائل للقيام بالأعمال العلمية، كذلك المسؤوليات الكبيرة الملقاة على عاتق الطبيب الأستاذ من عمال داخل المستشفى وكذا تدريس حيث كان من الطبيعي وقت عمله في مجال التدريس والبحث العلمي أكبر من العمل في المستشفى، ويمكن أن نرجع ذلك إلى النقص الكبير في الأطباء الأخصائيين الذي يعاني منه المركز الاستشفائي الجامعي، وهذا يتنافى مع جاء في العدد 23 من الجريدة الرسمية المؤرخة في 28 ربيع الثاني 1429 الموافق ل 04 مايو 2008 ص ص 19-20. \*\* ومن بين العراقيل التي تحدثت عنها المبحوثات المسؤولية الأسرية الملقاة على عاتقهن.

بالنسبة للأطباء الأخصائيين، 03 منهم طموحهم هو الحصول على الأستاذية، وهو طموح يعتبر عاديا فهي الرتبة الأكبر مباشرة من رتبتهن، لكن هناك

\*\*تنص المادة 4 من هذا القانون: "يؤدي الأساتذة الباحثون، من خلال التعليم والبحث مهمة الخدمة العمومية للتعليم العالي وبهذه الصفة يتعين عليهم القيام بما يأتي: - إعطاء تدريس نوعي ومحين مرتبط بتطورات العلم والمعارف والتكنولوجيا والطرق البيداغوجية والتعليمية ومطابقا للمقاييس المهنية الأدبية والمهنية، - المشاركة في إعداد المعرفة وضمان نقل المعارف في مجال التكوين الأولي والمتواصل، - القيام بنشاطات البحث التكويني لتنمية كفاءاتهم وقدراتهم لممارسة وظيفة أستاذ باحث"، لكن الأساتذة الباحثين في المركز الاستشفائي الجامعي قالوا بأنهم يعانون من الضغط الكبير في المستشفى وبالتالي إهمال جانب التدريس والبحث العلمي، كذلك نقص التكويني بالخارج جعلهم بعيدين عن التطورات العلمية والمعارف الحديثة في مجال اختصاصهم، ومن ثمة فإن فاقد الشيء لا يعطيه إذ كيف لأستاذ باحث أن يعطي تدريس نوعي ومحين مرتبط بالتطورات العلمية، وهو لم يتلقاه، رغم أن المادة 104 من القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية المؤرخ في 20 جمادى الثانية عام 1427 هـ الموافق ل 16 يوليو 2006م الصادر في العدد 46 من الجريدة الرسمية تنص على: "يتعين على الإدارة تنظيم دورات التكوين وتحسين المستوى بصفة دائمة، قصد ضمان تحسين تأهيل الموظف وترقيته المهنية، وتأهيله لمهام جديدة".

كما تنص المادة 5 من هذا القانون: "يستفيد الأساتذة الباحثون من كل الشروط الضرورية لتأدية مهامهم وترقيتهم الجامعية وكذا شروط النظافة والأمن المرتبطة بطبيعتهم"، تجدر الإشارة إلى أن شروط النظافة والأمن تكاد تنعدم في المصالح الاستشفائية الجامعية، حيث من خلال ما صرح به الأطباء ومن خلال الملاحظة تبين انها تفتقد لأدنى هذه الشروط لعدم توفر المعقمات، حيث وحسب الأطباء أن المسيرين الإداريين يوفرون أدوات أخرى مثلا مزيل الروائح ولا يوفرون ماء جافيل، كما لاحظنا سقف داخل مصلحة مهترئ ومهدد بالانهيار كما تنزل منه قطرات ماء المطر، وكذلك بالنسبة للحنفيات التي يغسل بها الأطباء أيديهم فهي غير نظيفة تماما ومعرضة للصدأ، حتى بالنسبة للمصالح التي تم ترميمها فحسب الأطباء فقد تم ترميمها بطريقة لا تتماشى ومتطلبات الأمن الصحي.

مبحوثة قالت أنها كانت تريد الارتقاء إلى رتبة أخصائي رئيسي لأن الأستاذية تتطلب جهد كبير وحتى الارتقاء لأخصائي رئيسي بما أنه يتطلب منها التنقل خارج الولاية فقد أسرفت النظر عنه باعتبار كما قالت أنها لا تريد زعزعة استقرارها الأسري باعتبار الزوج وضع لها شروط تعجيزية بخصوص الأولاد، كما أن المبحوثة الخامسة قالت أنها تريد النجاح كطبيبة جراحة فقط والسبب أيضا استقرارها الأسري، رغم أنها كما قالت تدفع بزوجها الذي هو الآخر طبيب بالتقدم، وبالتالي نستنتج أن رغم التقدم في المستويات العلمية لا تزال المرأة في هذا المستوى تعاني الهيمنة الذكورية، بالنسبة لمبحوثة أخرى فإنها تطمح لإجراء تكوين نوعي خارج الوطن، والتي قالت بأنها مسألة وقت، هذا الوقت أيضا مرتبط بالأسرة وبأن الأولاد صغار، أما بالنسبة للمبחותين اللتان فضلنا الاستقالة وبالفعل فإن إحدهما قدمت الاستقالة وستفتح عيادة خاصة، لكنها قالت أنها يمكن أن تتغير الأوضاع وتعود إلى المستشفى لأن طموحها علمي بالدرجة الأولى، والثانية قالت أنها سوف تقدم استقالتها وتفتح مخبر خاص، هذا يبرز جانب آخر من الصراع القائم بين الأطباء الأخصائيين والأطباء الأساتذة خاصة بعض رؤساء المصالح الذين يملكون صلاحيات واسعة تتحكم في السيرورة المهنية لهذه الرتبة.

بالنسبة للأطباء المقيمين، 11 مبحوث من أصل 21 تمثل طموحهم المهني في الحصول على الاختصاص، أما 08 مبحوثين فإن طموحهم تمثل في فتح عيادة خاصة وكسب معلومات ومهارات جديدة في الطب، ومعظمهم يسعون إلى تحقيق ذلك بالعمل والدراسة وبذل مجهود وبالتكوين الذاتي لكن مبحوثة قالت أنها تسعى إلى ذلك بخطوات منهجية والملاحظ لهذه الخطوات يتبين أنها تتبع تحليل SWot في بلوغ الأهداف، لكن بالملاحظة للمبחותين الأخيرين فإن أحدهما يطمح لمغادرة الوطن كون أن دراسة الطب لم تكن أصلا من اختياره، أما المبحوثة الأخيرة فقالت أن ليس لها طموح ورفضت التصريح بالأسباب، وبالنظر إلى العراقيل نجد أنها تكاد تكون نفسها باستثناء بعض المبحوثين الذين قالوا بأن ليس هناك عراقيل، وهذا ما يتنافى مع الواقع الذي نعيشه ووضعية القطاع بصفة عامة وكذلك الملاحظات



بالمشاركة التي اعتمدها الدراسة الميدانية، إلا في حالة وجود دعم\* أي وجود سلطة داعمة داخل الميدان سواء من الناحية الإدارية أو داخل سلك الأطباء، أما أبرز العراقيل التي تحدث عنها المبحوثون تتمثل في نوعية التكوين\* وقلة الأطباء المختصين، وعدم توفر الوسائل، كذلك المنافسة السلبية التي تحدثت عنها المبحوثة التي أجرت دراسة لتتفاجأ بها الطبيبة الأستاذة التي أجرت نفس الدراسة، والتي قالت بأنها أصبحت تمثل تهديدا لها، إضافة إلى العراقيل العائلية بالنسبة للطبيبات المتزوجات.

الأطباء المعامون، 05 مبحوثين قالوا أن ليس لديهم طموح، ومبحوثة قالت أن كان لديه طموح، لكنها لم تتجح فيما سبق في المسابقة الخاصة بالأطباء المقيمين، والآن لديها مسؤوليات العمل والأسرة تحول بينها وبين تحقيق طموحها.

أما الأطباء الذين لديهم طموح فإن اثنين يسعون إلى الارتقاء في الرتب، أما طبيبة فهي تريد أن تترك المركز الاستشفائي الجامعي والعمل بالجامعة، هذه الطبيبة هي حديثة التخرج (التحقت بالوظيفة منذ عامين)، ومن خلال الملاحظة أثناء الدراسة تبين أنها تعمل جاهدة وبجدية، لكن هناك طبيبات يعملون معها يرون أنها تبالغ، وتريد كسب مكانة داخل المصلحة، أما بالنسبة للطبيب الذي تحصل على شهادة الماستر فإن ذلك إستراتيجية لبلوغ أهدافه، لأنه يسعى إلى الوصول إلى مناصب إدارية، ابتداء من بلوغ رئيس مصلحة حيث أنه بنى إستراتيجيته من خلال تغيير المصلحة، إلى مصلحة كل الأطباء بها هم أطباء عامون، لأنه يعلم جيدا أنه إذا بقي داخل مصلحة بها الأخصائيين والأستاذة فإنه يستحيل بلوغ هدفه، وبعده قام بدراسة ماستر ودرس تخصص له علاقة بالصحة لتقديمه عند تكوين ملفه، وكذلك خلق تحالفات مع المسيرين الإداريين، وذلك باللجوء على الوساطة في بلوغ أهدافه.

\* هذا ما أشار إليه المبحوثين من خلال الجدول رقم 03.

\*\* إن تحدث الأطباء المقيمين عن سوء التأطير يبعثنا إلى التساؤل عن نوعية طالب الطب في هذه المرحلة والذي هو أصلا طبيب عام-، إذ أنه يمكن أن يشتكي من سوء التأطير الميداني، لكن النظري وفي عصر العولمة والتفتح حول العالم وسهولة الوصول إلى المعلومة.

جدول رقم 07: يوضح ممارسة أنشطة خارج الدوام الرسمي

الرتب	ممارسة مهنة الطب في القطاع الخاص
أستاذ استشفائي جامعي	12- مبحوث نفوا أن يكون لهم عمل خارج المستشفى أي ممارسة مهنة الطب في القطاع الخاص دون إعطاء أي مبرر، باستثناء مبحوث واحد قال بأنهم أمضوا شهادة عن النشاط التكميلي خارج المستشفى في العيادات الخاصة مقابل منحة تعادل 8000 دج دون اقتطاع الرسوم. لكن مبحوث واحد فقط من صرح بنعم قائلًا بأنه في العطلة الأسبوعية لدينا حق العمل بالختم، لدينا الحق في الوقت المريح، لكن بعد مجيء وزير الصحة بوضياف منعنا من ذلك، لكن لحد الآن نعمل، لأننا لو اعتمدنا على الراتب سوف نصبح حالات اجتماعية.
طبيب مختص	- كل المبحوثين (08 مبحوثين) قالوا أنهم لا يمارسون أي نشاط خارج المركز الاستشفائي الجامعي.
طبيب مقيم	-20 مبحوث قالوا أنهم لا يمارسون أي نشاط خارج المركز الاستشفائي الجامعي. -مبحوثة واحدة قالت:"أعالج الطب الصيني، كنت أدرس في مدرسة خاصة بالشبه طبي."
طبيب عام	- كل المبحوثين (12 مبحوث) قالوا أنهم لا يمارسون أي نشاط خارج المركز الاستشفائي الجامعي.

معظم المبحوثين وفي جميع الرتب نفوا أنهم يمارسون مهنة الطب خارج المركز الاستشفائي الجامعي، حيث برر مبحوث واحد بأنهم أمضوا شهادة حول النشاط التكميلي خارج المستشفى في العيادات الخاصة مقابل منحة مالية، لكن مبحوثين قالوا بأنهما يمارسان ذلك، حيث أقر أستاذ استشفائي جامعي بأنه حق من حقوقهم في العطل الأسبوعية\* ، وأنه لولا ذلك لأصبحوا حالات اجتماعية، لتقوا مبحوثة أخرى، وهي طبيبة مقيمة، أنها تعالج بالطب الصيني، وكذلك كانت تدرس بمدرسة خاصة بالشبه الطبي.

\* يمكن تفسير صراع الأطباء حول المناوبة بأيام العطل الأسبوعية إلى كونهم يعملون بعيادات خاصة، وعدم تصريحهم بالعمل في عيادات خاصة لان ذلك يعتبر خرقا للقانون، حيث منع ذلك وزير الصحة الأسبق عبد المالك بوضياف، والذي أجرى حملة كبيرة ضد هذه الظاهرة.

المحور الثالث: علاقات العمل داخل الرتبة الواحدة للأطباء

جدول رقم 08: يوضح علاقات العمل داخل الرتبة الواحدة

الرتب	وصف علاقة العمل	التعاون	التنافس	الخلاف وكيفية التواصل وطرق حله
أستاذ استشفائي جامعي	05- مبحوثات قلن أن علاقتهن بزميلاتهن هي علاقة عمل لا أكثر كل واحدة تقوم بعملها في إطار تقسيم العمل " لا توجد علاقة زمالة أو أخوة" -مبحوثة قالت " عندما لا تدخل اعتبارات غيره، إذا كان الشخص لا توجد له حساسيات، هناك من يحدث خطأ في العمل وتقدم له ملاحظة لا يتقبل خاصة إذا كان أكبر منك سناً، لكن هناك من يتناقش معك ويقتنع. -مبحوثتان كانت إجابتهما بـ " لا بأس مسترسلة هناك تواصل جيد مع الزملاء من نفس الرتبة." - أما المبحوثين من الذكور 04 مبحوثين وصفوها بالعادية أحياناً والحيدة أحياناً أخرى " -عادي جيدة نحن زملاء	-76.92% من المبحوثين أقروا بأنه ليس هناك تعاون، هناك تقسيم للعمل. -23.08% من المبحوثين قالوا بأن هناك تعاون اقتصر على تقديم الرأي بخصوص المريض، و"يمكن أن يتعدى ذلك إلى المساعدة في إجراء العمليات عندما يكونون بحاجة إلى تدخل" أما 01 فقد قال بأن هناك تعاون" عندما يطلب أحد إعانة في مجال التحقيق، أو أبحاث نعمل بتناسق كبير"	-مبحوثة واحدة قالت بالنسبة لها هناك تنافس خارج المستشفى، باعتبارها بروفيوسور ورئيس مصلحة. - 09 مبحوثين أقروا بأن هناك تنافس سواء أكان بالسعي للعمل أحسن، وهناك من يرى بأنه عبارة عن " صراع خفي les bonnes guerres الطبيب يفرض وجوده بعمله وجودته ويقوم بعمليات لا يقوم بها الآخرين" لكن هناك من أقر بأن هناك تنافس غير شريف " هناك من يتنافس بأي طريقة هناك من أعمل في مكانه لأنه غائب وعند إجراء الامتحان يقدم أعمال لم يقم بها هو أصلاً ويتحصل على المنصب، وبعدها يصل إلى أنه يضر الطلبة الذين يدرسه" -هناك مبحوثين آخرين	-أجمع كل المبحوثين أن هناك خلاف حول جدول المناوبة، حيث تحدث صراعات خاصة بالنسبة لأيام الأعياد والمناسبات، ولحله يتم اللجوء لرئيس المصلحة الذي يقرر الأنسب من وجهة نظره حيث أقر رؤساء المصالح بأنهم يحلونه وفقاً لما يتناسب و ضرورة العمل، أحد المبحوثين قائلاً: "الكلمة الأخيرة تعود للطبيب رئيس المصلحة وأنا أحاول أن أنصف، لأن الإنسان طماع، أنا يهمني أن المصلحة تسير بصورة جيدة، نظرتي ونظرة الطبيب ليست نفسها". - هناك خلاف آخر حول تشخيص وضعية المريض الذي عادة ما يحل بالنقاش وإذا لم يحل يتدخل رئيس المصلحة، ومبحوث آخر قال في حالة لم نجد حل على مستوى رئيس المصلحة نقوم بإرسال تقرير إلى المستشفيات الكبرى في العاصمة وقسنطينة، وأحياناً نقوم باستشارة المستشفيات الفرنسية. لكن قالت مبحوثة بأنه يمكن أن

<p>يصعد الخلاف ويعتبر شخصياً وهذا ما حدث معها عندما حاولت تصحيح خطأ لطبيبة أكبر رتبة منها "في يوم ما صححت خطأ طبيبة كانت أكبر مني رتبة، وحولت الخلاف إلى خلاف شخصي، وعند المواجهة لم يحل المشكل لأن لديها من يدعمها، وكل واحد يقول ( هات تخطي راسي) وبالتالي أصبحت أتجنب الخلاف لأن المواجهة لا تؤدي إلى حل"</p> <p>-هناك مبحثين كشفتنا عن خلاف من نوع آخر ألا وهو الغيرة التي تكنها لها طبيبة أخرى والتي حسب تصريحاتها أصبحت تقوم بأفعال لأذيتها مثل سرقة أعمالها وإخفائها، وحين مقابلتنا للطبيبة الأخرى قالت هي الأخرى بأن هناك خلاف بسبب الغيرة.</p> <p>-هناك خلاف آخر يحدث خارج المصالح عندما يشخص طبيب مصلحة ما أن المريض يجب أن تتكفل به مصلحة أخرى، والعكس أن الطبيب في المصلحة الثانية يرى أن هذه المصلحة هي التي يجب أن تتكفل به، وفي حالة عدم الاتفاق يمكن أن يرسل المريض لمستشفى آخر في نفس التخصص.</p>	<p>قالا بأنه لا يوجد تنافس علمي، وأصبحوا في دوامة خلاف حول المناوية الليلية " لا يوجد تنافس علمي، يوجد مشاكل، خاصة المناوية، معنا الكثير من النساء لا يحبون البقاء ليلاً نتيجة لوضعيتهن الأسرية أصبح الضغط علينا</p>		<p>تواصل سهل كل في اختصاصه" مبحث واحد وصفها بجد ممتازة " علاقة أخوية تجاوزت علاقة العمل أصبحت علاقة عائلية"</p>	
<p>03 - مبحوثات قلن أنه لا</p>	<p>06- مبحوثين قالوا أنه</p>	<p>07- مبحوثين</p>	<p>-مبحوثتين قالتا بأنهما</p>	<p>طبيب</p>

<p>توجد خلافات. 05-04 مبحثين قالوا أنه توجد خلافات 04 مبحثين قالوا أنها تحدث بسبب المناوبة أو لبرنامج العمليات، لكن ليست خلافات دائمة سرعان ما تحل بالنقاش، أو تنازل أحد الأطراف، أو من لديه مريض مستعجل.</p>	<p>لا يوجد تنافس: "لا يوجد تنافس، ممكن لأن الأغلبية نساء، كل واحدة لها ظروفها التي تهتم بها، نجتمع لإجراء ملتقيات، نعمل بطريقة جماعية"، "لا يوجد تنافس، في الوظيف العمومي ليس هناك محفزات للتنافس" - مبحثين قالتا بأن هناك تنافس: "تنافس من أجل المريض، كل يسعى إلى أن يقوم بعملياته على أكمل وجه"، "تعلم أشياء جديدة"</p>	<p>قالوا أن هناك تعاون: المبحثين: نتعاون معا في كل الأمور سواء داخل العمل أو خارجه. - 05 مبحثين: "التشاور في تشخيص حالة المريض والعلاج اللازم له"، "أي مريض يحتاج مساعدة يتدخل أي طبيب، الفحص يقوم به أي طبيب، لا ننتظر أن يحضر طبيب معين"، "إذا وجدت إشكال في العملية نتساعد، إذا اضطررت للغياب في المناوبة يناوبون بدلا عني، تقوم بالتشاور في أمور المرضى"، "التعاون في أخذ رأي بخصوص أمراض معينة تتطلب عدة خبرات تختلف من جراح إلى آخر"، "في مجال المهنة</p>	<p>أصلا جارتين وصديقتين خارج المستشفى وبالتالي فهذه الصداقة انتقلت داخل المستشفى. -04 مبحثين وصفوا العلاقة بأنها علاقة جيدة من أجل مصلحة المريض. - مبحثة واحدة قالت بأنها علاقة ممتازة. -مبحث واحد قال: "علاقات مهنية، نعمل داخل مصلحة واحدة أحيانا يكون خلاف"</p>	<p>أخصائي</p>
---	--	---	--	---------------

		<p>مع المرضى، نتعاون خارج الدوام في الأمور الشخصية" - مبحث 01 قال: "ليس بصفة مثالية، هناك من يكون بيننا تجاوب تعمل معه، وآخرين لا أتعاون معهم"</p>		
<p>04- مبحوثات قلن لا يوجد خلاف. -مبحوثة قالت: "عموماً يكون سوء تفاهم غير مقصود لكن بعد التحوار يُحل، مثلاً واحدة تتصل بأخرى لتعمل عملها وتغيب ويحدث مشكل، مثلاً أنسى أن أتصل بزميلتي لأعلمه بأشياء، أو عدم فهم رسالة الاتصال، لكن كل هذا يحل بالحوار عادة ما يتغاضى طرف عن الآخر."</p> <p>05- مبحوثين قالوا أنه تحدث خلافات بسبب التقصير في العمل ويحل بالمناقشة وتوضيح مسؤولية كل طرف، أو في كيفية تقديم العلاج ويتم حله بالمناقشة وتبادل الخبرات. -مبحوثة قالت في إطار تحضير الدروس والذي يصل إلى حد المشادات الكلامية، ويحل بالمناقشة والتفاوض.</p>	<p>16- مبحوث قالوا يوجد تنافس في إطار التحصيل العلمي، واكتساب الخبرة. -مبحوثة قالت لا يوجد تنافس</p>	<p>12- مبحوث قالوا أن التعاون يكون عندما يكون ضغط عمل كبير، أو تقديم معلومات حول حالة المريض في إطار التشاور. -مبحوثتين قالتا أن التعاون يقتصر في التبادل العلمي والتكوين -مبحوثين قالوا أن التعاون يكون أثناء العمل وفي الأمور الشخصية. -مبحوثة قالت: "أثناء المناوبة الليلية والمسائية"</p>	<p>17- مبحوث وصفوا علاقتهم بالجيدة، لكن هناك من استرسل، مبحوثة: "علاقة جيدة في غالب الأحيان لكن أحياناً يكون هناك سوء تفاهم بسبب توزيع المهام"، مبحوثة: "جيدة مع البعض، لكن البعض الآخر علاقتي بهم ليست على ما يرام"، مبحوثة: "لا أقول لك ممتازة أو سيئة هي جيدة داخل هذه المصلحة، مع المصالح الأخرى لا توجد علاقات تواصل بين الأطباء مع بعضهم، نجد الكثير من الصعوبات، من المفروض أن يكون تعاون بين المصالح."</p>	<p>طبيب مقيم</p>

<p>06-مبحوثات قلن أنه يتم الخلاف حول التوزيع الزمني للعمل، المناوبة خاصة أثناء العطل المدفوعة الأجر وتحل بالمناقشات، أو تدخل الطرف الأعلى درجة"</p>			
<p>-قالت المبحوثة:"الخلاف داخل المصلحة يعود للضغط، الكل مشغول ومسرع، يقع سوء تفاهم، أنا إيجابية أسكت وأتفادى حتى وإن ألقى اللوم علي، لأنه عاجلا أم آجلا سوف يحل المشكل"</p>	<p>-قالت:"نتنافس يوم الدرس، أريد من يرى عملي ينيهر به."</p>	<p>-قالت:"نعم، ندرس السنة السادسة طب، أحيانا أتخلى عن مهام في المصلحة لأدرس تقوم بها زميلتي"</p>	<p>-مبحوثة قالت:"علاقة مستقلة، كل واحدة وحدها، لأن في السنة الرابعة هناك رسالة تخرج، أصبح النشاط والأولويات تختلف"</p>
<p>-مبحوث:" يكون الخلاف حول قائمة المناوبة، في السير الحسن للعمل، يحل بالحوار أو تقديم شكوى" -مبحوثة:"حول جدول المناوبة، حول برنامج العمل، الأناية هناك من يقوم بعملية 10 مرات، يحل الخلاف بالمواجهة، في كثير من الأحيان واحد يتنازل" -مبحوثة:"حول قائمة المناوبة، لدينا مشاكل مع الأطباء المقيمين في مصالح أخرى، أحيانا أتنازل، مع المصالح الأخرى على حسب المشكل، هناك مشاكل تحل على مستوانا، وإذا اقتضى الأمر تحيل المشكل إلى المستوى الأعلى، وهذه المشاكل تؤثر على نوعية الخدمة المقدمة للمريض."</p>	<p>-مبحوث:"في تقديم العلاج الأمثل للمريض، الدراسة" -مبحوثة:"نعم، عندما يقوم شخص بعمل معين أريد أن أعمل مثله" -مبحوثة:"في قسم الجراحة للدخول إلى قاعة العمليات، في الأيام الدراسية"</p>	<p>-مبحوث:"في مساعدة المرضى" -مبحوثة:"على حسب لدي إثنين فقط يكون التعاون بيننا في العمل، في المعلومات نتساعد" -مبحوثة:"عند وجود حالات صعبة نتناقش، نتحالف ضد الطبيب الأستاذ"</p>	<p>03-مبحوثين وصفوا علاقاتهم بالمتوسطة والمقبولة مبحوث:"مقبولة، هناك نقص تواصل" مبحوثة:"مقبولة نوعا ما، هناك توتر حول المرضى" مبحوث:"متوسطة، هناك عراقيل، هناك أناية بيننا، يبجل نفسه على صديقه مثلا المناوبة خلال المناسبات، هناك الغيرة بين المقيمين ليس لدينا روح تبادل المعلومة، هنا من وجدوه له كفاءة يحدثون له عراقيل عند رئيس المصلحة"</p>

<p>-أجمع كل المبحوثين أن معظم خلاقاتهم تكون حول المناوبة، وأحيانا حول البرتوكول الذي يقدم للمريض، وتحل هذه الخلاقات بالمناقشة، أو العودة لرئيس المصلحة، كما أن أغلبية الخلاقات تحل على مستوى الاجتماع الذي يعقد داخل المصلحة نهاية الأسبوع.</p>	<p>09- مبحوثين قالوا أنه لا يوجد تنافس. 03- مبحوثين قالوا يوجد تنافس، حيث قال مبحوث: "نعم، من أجل تعلم أشياء جديدة، تنافس علمي، العلم يتغير كل يوم موجود" مبحوث: "نعم، ليس شريف، مثلا يذهبون ويقولون لرئيس المصلحة أمور لكي يظهرون أنهم الأحسن، الخروج قبل الوقت المحدد، مريض أقدم له كل ما يحتاجه لكن يقولون له أنني مقصرة." مبحوث: "أبذل مجهودات كبيرة من أجل عملي، والآخرين يظنون أنك تظهرين نفسك، مستوى منحنط"</p>	<p>11- مبحوث قالوا أن هناك تعاون فيما يخص المناقشة وإبداء الرأي حول المريض، و03 منهم أضافوا إلى ذلك التعاون بخصوص المناوبة حيث يتم تغييرها مع زميل آخر في حال عدم القدرة على الحضور، مبحوث قال: "هناك نظرة دونية من قبل الأخصائيين جعلت الأطباء العامون يتحدثون" -مبحوث واحد قال: "لا يوجد تعاون"</p>	<p>08- مبحوثين قالوا أن علاقاتهم حسنة تقتصر على العلاقة المهنية حيث أضاف بعض المبحوثين: "لا توجد مشاكل، علاقة في إطار العمل، نتحدث عن حالات المرضى."، "حسنة، مقبولة، في الجانب العملي، لكن على المستوى الشخصي هناك من هو قريب مني بيننا ثقة وتعاون، لكن الآخرين لا يوجد تقديم خدمة بيننا"، "أحيانا تكون جيدة، أحيانا يكون صراع، العقليات ليست كلها متشابهة، هناك من تهمة مصلحة المريض أعمل معه جيدا، وهناك من هو غير مبالي، لا يبذل مجهود."، "حسنة، ليسوا أصدقائي، علاقة عمل فقط، لا أحب التوغل أكثر وأصبح في مشاكل، النميمة الغيبة" -مبحوثتين قالتا أنها علاقة جيدة وذلك يعود إلى: "علاقات جيدة، لدي اتصال سهل بالأشخاص، لدي مرونة في التعامل"، "جيدة، لأن شخصيتي</p>	<p>طبيب عام</p>
---	--	---	--	-----------------



			<p>أتغاضى، أنت من تقرضين نوع العلاقة وأحيانا المقابل يفرض عليك، لكنني أنا انطوائية، وعلاقاتي سطحية، لا أدخل في نقاش عقيم" -مبحوث قال: "علاقة طبية مبنية على الاحترام" -مبحوث قال: ليس لدي عراقيل معهم، الكل يتعامل معي بطريقة جيدة لأنني أقدم منهم، ليس لدي أي إشكال معهم."</p>
--	--	--	---

بالنسبة للأساتذة الاستشفائيين الجامعيين فإن معظمهم أجمع أن العلاقة بينهم هي علاقة زمالة في حدود العلاقة المهنية، حيث حتى الذين قالوا أنها علاقة جيدة بينوا أنها لا تتعدى العلاقة المهنية "عادي، جيدة نحن زملاء تواصل سهل كل في اختصاصه" فقد بينوا أن التواصل يكون في حدود الاختصاص ومن ثمة في حدود العلاقة المهنية، باستثناء مبحوث واحد قال أنها جد ممتازة "علاقة أخوية تجاوزت علاقة العمل أصبحت علاقة عائلية"\* كما أن 76.92% من المبحوثين نفوا وجود تعاون بينهم، وأن هناك تقسيم للعمل، أما 23.08% الذين بأنهم هناك تعاون بخصوص المريض، ومبحوث قال بأنه يمكن أن يساعد في إجراء العملية الجراحية

\* هذا المبحوث قال أنه عدة مرات وهو يطلب من الإدارة توفير جهاز الحاسوب لاستعماله في القيام بالأبحاث لكن دون جدوى، بعده اتصل مباشرة بالوزارة الوصية التي وفرت له ذلك، يمكن أن تكون علاقاته الممتازة مع الزملاء جد ممتازة نتيجة لامتلاكه سلطة، وبالتالي هم بحاجة إليه لتوفير الوسائل خاصة أن جميع الأطباء أجمعوا على صعوبة الحصول عليها، كذلك هناك من هم في نفس المصلحة، وقالوا أنهم يشكون من نقص الوسائل، ومن الغيرة من بعض الزملاء وكذلك كثرة المسؤوليات التي تعيق أداءهم لعملهم كطبيب وأستاذ

إذا اقتضى الأمر\*، أما مبحوث آخر فقد قال بأن هناك تعاون في مجال إنجاز الأبحاث، أما التنافس فإن مبحوثة واحدة قالت ليس هناك تنافس داخل المستشفى ولكن هناك تنافس خارج المستشفى\*\* بينما قال 09 مبحوثون بأن هناك تنافس بالسعي للعمل أحسن، كما أضاف مبحوث بأنه عبارة عن صراع خفي، لفرض الوجود من خلال جودة العمل والقيام بعمليات نوعية\*\*\*، لكن مبحوثة قالت بأنه تنافس غير شريف من خلال الحصول على شهادات بطرق غير مشروعة ويقدمها في تكوين ملف الترقيّة وهذا ما يضر بالطلبة الذين يدرسههم\*\*\*\*، كما أن مبحوثين قالوا بأن مبحوثين قالوا بأنه لا يوجد تنافس علمي، لأنه تحول إلى صراع حول المناوبة الليلية، خاصة وأن أغلب الأطباء إناث مما جعلهم يعانون الضغط\*\*\*\*\*

بخصوص الأطباء الأخصائيين، مبحوثين قالتا بأنهما صديقتين خارج المستشفى ونقلتا هذه الصداقة داخل المستشفى خاصة وأنهما يعملان داخل مصلحة واحدة، هذه الصداقة جعلتهما يخلقان تعاون وتحالف، لكن هذا التحالف لم

\* هذا المبحوث هو رئيس مصلحة، ويسعى إلى تحقيق النجاح من بإجراء عمليات نوعية، وأثناء المقابلة قال أنه لم يفتح عيادة خاصة كون أن هناك عمليات نوعية لا يُسمح بإجرائها خارج المركز الاستشفائي الجامعي، وبالتالي فهو يسعى لتحقيق ذاته، وهو قمة هرم سلم ماسلو للحاجات.

\*\* إن هذه الرؤية للمبحوثة تابعة من رتبته ودورها داخل المركز الاستشفائي الجامعي باعتبارها بروفيوسور ورئيس مصلحة طب الأطفال، هذه المصلحة التي توجد بالتوازي معها مصلحة بمستشفى الأم والطفل باتنة، كما أن هذه الطبية هي أول من فتح هذه المصلحة داخل المركز الاستشفائي الجامعي وبالتالي فإن التنافس سيكون باعتبار المستشفى نسق مفتوح، سواء بين المصلحتين، أو إثبات الكفاءة على مستوى المجتمع.

\*\*\* هذا ما لاحظناه من خلال بعض المصالح داخل المركز الاستشفائي الجامعي، حيث هناك بعض الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين خاصة الجراحين رؤساء المصالح، يعملون بجد ويطلعون على كل صغيرة وكبيرة داخل المصلحة، حتى من خلال تعاملهم مع المرضى يقدمون جميع التسهيلات، ويفتخرون بالعمليات النوعية التي يقومون بها، وقد رصدنا عينة من ذلك من خلال الملاحظة بالمشاركة في العلاقة طبيب مريض.

\*\*\*\* للإشارة أن هذه الطبية ذكرت أنه سوف يضر الطلبة، وأغفلت الضرر الذي سوف يلحق بالمرضى سواء من طرف الأطباء الذين يقومون بهذه الممارسات أو عن طريق سوء تكوين الطلبة الذين هم في الأساس أطباء المستقبل.

\*\*\*\*\* إن نسبة الأطباء الإناث الكبيرة مقارنة بنسبة الذكور داخل المركز الاستشفائي الجامعي، خلق صراعا مشتركا داخل كل المصالح الاستشفائية بخصوص المناوبة الليلية، وأيام العطل المدفوعة الأجر، والذي بدوره يخلق صراعا بين الأطباء ورئيس المصلحة الذي تعود له سلطة اتخاذ القرار بهذا الشأن.

يكن بنفس قوة وسلطة رئيسة المصلحة اللتان كانتا في صراع مستمر معها، وكذلك في صراع مع الإدارة، جعلهما يفضلان الانسحاب، وذلك بتقديم الاستقالة، حيث أن إحداهما قدمت فعليا الاستقالة، والثانية هي بصدد تقديمها\*، وقد باقى المبحوثين بأن العلاقة التي تربطهم لا تتعدى العلاقة المهنية، حيث عبر بعضهم على ذلك بأنها علاقة في إطار التعامل مع المريض، والبعض الآخر عبر عنها بكل صراحة بأنها علاقة مهنية وأحيانا يكون الخلاف، باستثناء مبحوثة واحدة التي قالت بأنها علاقة ممتازة، كما أن المبحوثين قالوا بأن هناك تعاون بخصوص إجراءات العمليات، أو استشارة بخصوص حالة مريض، وهناك من قالت أن هناك أيضا تعاون بخصوص المناوبة، لكن مبحوث آخر قال بأن التعاون ينحصر في طبيعة الشخص الذي تتعامل معه، إذ هناك من يتعاون معهم وهناك من لا يوجد بينهم تعاون، كما أن المبحوثين نفوا أن هناك تنافس وأرجعوا الأمر إلى غياب التحفيز، وأن معظم الأطباء نساء وبالتالي لهن انشغالاتهن، مبحوثتين قالتا أن هناك تنافس في مصلحة المريض، حيث كل يسعى إلى أن يقوم بعملياته على أكمل وجه وتعلم أشياء جديدة بينما الخلاف فإنه يحدث بسبب المناوبة أو برنامج العمليات، حيث أن كل طبيب يسعى لبرمجة عملياته على حسب التوقيت الذي يلائمه.

17 مبحوث من الأطباء المقيمين وصفوا علاقاتهم بالجيدة، لكن حين استرسالهم في الكلام بينوا أن هذه العلاقة قد تكون جيدة مع البعض وسيئة مع البعض الآخر، وهناك سوء تفاهم بسبب توزيع المهام، كذلك فإن طبيعة العلاقة تختلف داخل وخارج المصلحة، حيث أن خارج المصلحة لا يوجد تواصل بتاتا\*\*

\* رغم أن هذين الطبيبتين هما الأخصائيتين الوحيدتين داخل المصلحة، إذ أن بقية الطبيبات هن طبيبات مقيمت ( هذه المصلحة لا يوجد بها طبيب) إلا أن سلطة المعرفة لم تمكنهما من خلق مقاومة أمام سلطة رئيسة المصلحة التي لها علاقة قوية بالمسيرين الإداريين، مما أجبرهما على الانسحاب.

\*\* هذا ما يؤكد صحة استخدام أداة المقابلة في مثل هذه الدراسات، وفي البحوث الاجتماعية بصفة عامة التي تتطلب الإصغاء وترك المجال للمبحوث من أجل جمع البيانات في سيلقها الصحيح.

كما أن 12 منهم قالوا أن هناك تعاون عندما يكون ضغط كبير، أو في إطار التشاور حول حالة مريض، كما أن مبحوثة قالت أن هناك تعاون أثناء المناوبة الليلية والمسائية، حيث أن في هذه الأوقات يكون القليل من الأطباء وبالتالي فإنهم مضطرين للتعاون، كذلك مبحوثتين قالتا بأن هناك تعاون في التبادل العلمي والتكوين، وهذا يعود إلى أن الطبيب المقيم مجبر على تحضير الدروس، وبالتالي لاحظنا أن هناك تحالف مع بعض الطلبة حيث يتم تقسيم الدروس بينهم وكل واحد يحضر جزء، ويتم التبادل.

مبحوثة قالت بأن العلاقة هي علاقة مستقلة لأنها في السنة الرابعة وهي سنة تخرج وبالتالي أصبحت الأولويات تختلف، لكن هناك طبية بينهما تعاون فيما يخص التوفيق بين تدريس السنة السادسة طب والعمل بالمصلحة\*.

ثلاث مبحوثين قالوا أن علاقاتهم مقبولة هناك صراع بسبب سوء التواصل، وكذلك حول المرضى (تقسيم المهام)، حيث أن هناك من يرى أن عليه ضغط أكبر من بقية زملائه من الأطباء المقيمين، كما أضاف مبحوث أن هناك أنانية بخصوص تبادل المعلومة، والمناوبة، كما أن الطبيب الجاد والذي يجتهد يخلقون له عراقيل عند رئيس المصلحة.

فيما يخص الخلاف والصراع داخل هذه الفئة فإنه يحدث بسبب سوء التواصل والتقصير في العمل، والمناوبة، والذي يحل بالمناقشة أو بتدخل الطرف الأعلى رتبة، كما أن هناك من أثارت مشكل المحسوبية في التكوين "الأنانية، هناك من

\* هذا ما وجدناه من خلال الدراسة عند كل المبحوثين، إذ هناك تحالفات تخلق داخل الرتبة الواحدة ولو بين طبيبين فقط من أجل تحقيق الأهداف.

يقوم بعملية 10 مرات"، والذي قال أنه يواجه من أجل ذلك، لكن في أغلب الأحيان يصل الأمر إلى التنازل، وقد بينوا صراعا آخر خارجيا بين مختلف المصالح.\*

أما بخصوص التنافس بين الأطباء المقيمين، فإن معظمهم قالوا أن هناك تنافس في تقديم العلاج للمريض، الأيام الدراسية، الدخول لقاعة العمليات، تحضير الدروس، هذا التنافس نابع من كون الأطباء المقيمين في هذه المرحلة هم في مرحلة دراسة، حيث يعتبرون طلبة.

كذلك هناك مبحوثة قالت أن الأطباء المقيمين في هذه المصلحة، أحيانا يتحالفون ضد الطبيب رئيس المصلحة، وهذا ما يكسبهم قوة، لان الطبيب رئيس المصلحة يمتلك كل الصلاحيات داخل المصلحة.

وصف الأطباء العامون علاقاتهم ببعضهم البعض بالحسنة في إطار العلاقة المهنية والتشاور حول حالة المريض، وخلال هذه العلاقة قال بعض الأطباء أن التعامل يكون تبعا لعقلية بعض الأطباء وهي في الحقيقة تبعا لتوافق ثقافتهم، كما أن هناك من المبحوثين من قال أنه يتعامل مع الأطباء الذين تهمهم مصلحة المريض، إذ أن هناك من لا تهمه مصلحة المريض\*\*، ومن بين الأمور التي وجدت أن هناك تعاون بصورة أكبر من الرتب الأخرى فيما يخص المناوبة، ولعل السبب كما قال أحد الأطباء أن هناك نظرة دونية من الأطباء الأخصائيين للأطباء

\* إن الصراع بين الأطباء من المصالح المختلفة لا يقتصر على فئة الأطباء المقيمين، حيث أنه موجود بين مختلف المصالح، إذ أم كل طبيب داخل مصلحة يضمن أن التشخيص الذي يقدمه للمريض هو التشخيص الصحيح ولا يتقبل تشخيص طبيب آخر خارج المصلحة، كما أن المصالح تسير وكأنها مؤسسات مصغرة مستقلة، داخل مؤسسة كبيرة، حيث هناك نقص في التعاون والتنسيق.

\*\* بخصوص هذه النقطة فإنها تتوافق مع ما قالته مديرة الموارد البشرية للمركز الاستشفائي الجامعي، حيث أنها قالت أن الهدف الأساسي للمستشفى هو تقديم الخدمات العلاجية للمريض، وللأسف لا يوجد العمل من أجل هذا الهدف، وقد لاحظنا من خلال الملاحظة بالمشاركة هذا السلوك عند بعض الأطباء، إذ هناك من يأتي متأخرا إلى العمل وعند حضوره يبقى في مكتبه ولا يدخل إلى المرضى بتاتا.

العامين وهذا ما جعلهم يتحالفون\* ، كما أن معظم الأطباء العامون (09 أطباء) نفوا وجود تنافس، باستثناء مبحوث واحد الذي قال أن البحث في تطور وكل يوم هناك وبالتالي هناك تنافس حول اكتساب الجديد\*\* أما مبحوثين فقد قالتا أن هناك تنافس غير شريف، إذ طبيبة عامة قالت أنها تقوم بعملها، وكل ما يتطلبه المريض، لكن زملاءها يقولون لرئيس المصلحة أنها لا تقوم بعملها، وتغادر مكان العمل قبل الوقت المحدد\*\*\* ، ومبحوثة أخرى قالت بأنها تقدم مجهودات من أجل المريض ولكنهم يقولون أنها تقوم بذلك من أجل لفت الانتباه.

\* هذا التحالف الذي تحدث عنه لويس كوزر من خلال دراسته لوظائف الصراع الذي قال بأنه يزيد من تماسك جماعة كان أفرادها في صراع حين مواجهة عدو مشترك. من خلال دراسته لوظائف الصراع الذي قال بأنه يزيد من تماسك جماعة كان أفرادها في صراع حين مواجهة عدو مشترك.

\*\* إن هذه النظرة تكاد تكون منعدمة بين الأطباء إذ أن هناك القليل منهم من يسعى لمواكبة التطورات التي تحدث يوميا في العلم بصفة عامة، والطب بصفة خاصة، وهذا ما يفسر المستوى الذي وصل إليها القطاع الصحي في الجزائر.

\*\*\* إن خروج الأطباء قبل الوقت المحدد هي ظاهرة منتشرة في معظم مصالح المركز الاستشفائي الجامعي، حيث أنهم يأتون متأخرين وبمجرد حلول الساعة الحادية عشر يسرع معظمهم للخروج، وفي خلال ملاحظتنا هذه الظاهرة تساءلنا حولها حيث قال بعض المبحوثين أن الكل مشغول ويسرع للخروج لأسباب عديدة منها مسؤولية إحصار الأولاد من المدرسة،...

المحور الرابع: علاقات العمل بين الأطباء المنتمين لرتب مختلفة

جدول رقم 09: يوضح علاقات العمل بين الأطباء المنتمين لرتب مختلفة

الرتب	وصف علاقة العمل	التعاون	التنافس	الخلاف وكيفية التواصل وطرق حله
أستاذ استشفائي جامعي	08-مبحوثين قالوا أن علاقة العمل لا تتعدى أن كل يقوم بعمله سواء في إطار التعامل مع المريض، أو التدريس -مبحوث واحد قال: " لا يوجد تواصل كل واحد يعمل لوحده، كل يسعى لتحقيق مصالحه بسبب غياب الاستقرار الاجتماعي ( الوقت أصبح ضيق) أثرت المشاكل الاجتماعية على المردودية في العمل وعلى التواصل مع الزملاء في مختلف الرتب. -مبحوثة قالت " الذي يكون متفتح أتعامل معه، والذي لا يريد التعاون لا أتعامل معه لأنه يؤدي إلى نقاشات عميقة". -مبحوث واحد وصفها بـ "الجيدة جدا، ممتازة هناك احترام، لكن نتناقش في كل المواضيع، المسؤول يتقبل النقاش يسمع منك وتسمع منه" - مبحوث آخر قال " ممكن أن يكون طبيب عام ويكون	-أجمع 12 مبحوث أن هناك تقسيم للمهام، حيث أن الطبيب المقيم أو العام يقوم بالتشخيص وتكوين ملف، ليقدمه إلى المختص أو الأستاذ المساعد الذي يتخذ القرارات، وإذا اضطر الأمر يتدخل البروفيسور. -مبحوث واحد قال: " هناك نقص التعاون" ولم يحدد الوضعيات التي في رأيه منعدمة.	-أجمع 10 مبحوثين بأن التنافس عادة لا يكون خارج الرتبة وإنما يكون التنافس داخل الرتبة الواحدة. -مبحوثين اثنين قالوا "يوجد تنافس كبير على الترقية، الكل يسعى للحصول على تكوين ( مثلا التكوين في فرنسا).	-مبحوثين نفوا تماما وجود خلاف. -مبحوثة واحدة قالت أن الخلاف ليس خلافا جديا وإنما بسبب الغيرة " لا يوجد خلاف وإنما توجد غير خاصة وأن كل الطبيبات في المصلحة نساء". -مبحوثة أخرى في نفس المصلحة قالت: "العلاقات الشخصية أنا تجاوزتها، يكون خلاف على أساس الفريق الذي سوف يعمل، وعند اللجوء إلى الطبية رئيسة المصلحة لا يوجد إنصاف 100% - الخلاف حول المناوبة حيث أن 09 مبحوثين الآخرين قالوا بأنه يوجد خلاف حول المناوبة الليلية. -هناك خلاف يحدث في التشخيص، والذي يحل على مستوى اجتماع ينعقد أسبوعيا مع الطبيب رئيس المصلحة لطرح القضايا المتعلقة بالمرضى، لكن مبحوث قال: " نعم، أحيانا يكون لديه رأي، وأنت لك

<p>رأي مناقض، أنا هنا لمساعدة المريض، هو يشخص، لكن أنا من يقرر إذا كان يحتاج إلى العملية أولاً، وعندما لا يقبل الرأي، الصراع لا يكون شخصياً، يكون وفق اجتماع كل فريق المصلحة، لا يستطيع مناقضة رأي أخذه 04 أو 05 أخصائيين." - مبحوثة واحدة قالت: " الذي أكبر مني رتبة إذا كان الخلاف أتقبل وأستمر الأطباء الذين معي أساتذتي، أما الأقل رتبة الذي لا يعمل عمله أكون صارمة وإذا واصل ذلك أحول أمره إلى الطبيب رئيس المصلحة."</p>			<p>صديقي، وهناك من تربطني بهم علاقة مهنية فقط" - مبحوثة واحدة(بروفيسور رئيسة مصلحة) قالت: "أتعامل مع الطلبة كأولادي، الأخصائيين إخوتي وأخواتي، أحب أن نكون فريق، هذه عائلة ثانية، يجب ان يكون لديك تفهم، لكن إذا كان الأمر متعلق بالمسؤولية يجب أن أكون حادة نحن هنا من أجل المريض الذي هو سببنا في التدرج العلمي، أي شيء يمس المريض، أو يخص الصحة العمومية لا أسكت عليه"</p>	
<p>-تقول المبحوثة أنه يحدث خلاف "نعم، في إطار عدم إتمام عملهم، أحيانا نتصل بهم للحضور ولا يأتون، أحيانا يرسلون إلينا ملف غير كامل، كما لدينا مشكلة مع الأطباء المختصين في الأشعة، في كل مناوية هناك مشكل معهم، لأن عددهم قليل، أحيانا أضطر ألا أقوم بالعملية لأنني لا أدري تحديدا وضعية المريض، أحيانا أرسله إلى الخاص، وهو من المفروض ألا</p>	<p>-06 مبحوثين: "لا يوجد تنافس" -مبحوثة قالت: "يكون التنافس حول تعلم شيء جديد أو صعب." مبحوثة:"الوصول إلى رتبة أعلى، تعلم أشياء جديدة."</p>	<p>-قالت مبحوثة أن هناك "تعاون من أجل المريض مع أطباء الإنعاش، أطباء الأطفال، وعادة لا نجد أي خلاف معهم، العمل تكاملي بيننا". - 03مبحوثتين:"التعاون خارج التخصص ضروري". -مبحوثة:"عندما تكون حالة</p>	<p>-مبحوثة وهي طبيبة مختصة في جراحة الأطفال قالت بأن علاقتها بالأطباء المنتمين لرتب مختلفة هي علاقة ممتازة. -مبحوثة قالت:" بكل صراحة الرتبة لا تعكس القدرات المهنية، مثلا الأستاذة سعدت إداريا عن طريق ملف إداري، هناك من يأخذ دراسات أجريت في الخارج ويتم تغيير الأرقام. -مبحوثة:"على حسب الشخص، البعض علاقتي</p>	<p>طبيب أخصائي</p>



<p>أرسله".</p> <p>- مبحثين: "الفرص ليست متوازنة، هم يحصلون على النقاط من خلال المؤتمرات والتكوين، ونحن حرمانا منها" أما الخلاف المتعلق بالمريض نتكلم مع المريض، لأن المشكلة إذا تكلمنا عنها تعود بالسوء علينا".</p> <p>- مبحثة: "يحدث الخلاف أحيانا مع طب الأطفال مثلا طبيب الأطفال يكون له رأي بأن المريض يحتاج إلى جراحة، وأنا أرى أنه غير مستعجل، وأيضا مع طبيب الأشعة حيث هناك نقص في الوسائل، والمستشفى كبير هناك ضغط، أحيانا أستسلم أجري العملية دون أشعة، وأحيانا أقتنع بأن يجري الأشعة، أو تقوم الإدارة بتسخير لطبيب آخر لحل المشكل مثلا في حالة حادث مرور".</p> <p>-مبحث آخر مختص في طب الأطفال: "نعم يحدث خلاف حول المصلحة التي يجب أن تستقبل المريض، مثلا الأورام ليس لدينا وحدة أورام، مريض يجب أن يدخل إلى مصلحة الإنعاش ويحضره عندنا، وبالتالي نضطر إلى إدخاله</p>	<p>المريض صعبة نتساعد، في غرفة العمليات نتساعد كثيرا، دائما ندخل مع بعض لغرفة العمليات، عندما يحتاج المريض شيء ما نقدمه له لا ننتظر حضور طبيبه".</p> <p>- مبحثة أخرى قالت: "في الطب مضطر للتعاون، هناك علاقة وثيقة مع طبيب التخدير، جراحة الأعصاب، بحكم أن الأمراض متداخلة، موجودة علاقات مع الأطباء الآخرين مثلا الطبيب المختص في الأشعة".</p> <p>مبحثة: "التعاون يكون في نقل الخبرات والأسس العلمية للأطباء المقيمين.</p> <p>-مبحثة: "التعلم وتشخيص حالة المريض"</p>	<p>بهم طبية، البعض متعجرف بينما مستواهم العلمي متواضع جدا، مرة مرضت ابنتي وزميلي لم تكن موجودة، ولم ترض أن توقع لي العطلة وتم الخصم من راتبي، إضافة إلى أن الطبيبة رئيسة المصلحة هي من ترسل الأطباء للملتقيات والمؤتمرات، وتم إقصائي وبالتالي أصبحت علاقتنا متوترة"</p> <p>-04 مبحثين وصفوا العلاقة بالجيدة وحين الاسترسال في الكلام قال مبحث: "علاقات سطحية في الميدان فقط، استفسار" أما مبحثة أخرى قالت: لا توجد في المصلحة التفرقة في الرتب، رئيس المصلحة ندخل إليه مباشرة.</p> <p>-مبحثة قالت: "علاقة هيبية واحترام وتقدير"</p>	
--	--	---	--

<p>المصلحة ونحاول إقناعهم بأنه خاص بهم، لأن الأهل لا يعلمون، يظنون أن أي طفل صغير يدخل هنا." -مبحوثة قالت: لا توجد خلافات حادة. مبحوثة: "يكون الخلاف في حالة عدم قيام الطبيب المهام المنوطة به، ويتم حلها بالتحاور وإبداء الرأي بطريقة شفافة وواضحة." -مبحوثة: "يكون الخلاف عند تجاوز الطبيب الأعلى رتبة، ويتم حله بالتحاور والنقاش"</p>				
<p>-14 مبحوث قالوا أنه يوجد خلاف بسبب: أخطاء في العمل، اختلاف الآراء والأفكار، تحمل أعباء عمل أكثر من الواجب القيام به، أمور شخصية نفسية مثلا واحدة كبيرة وليست متروجة لا تقدر ظروفك العائلية ويتحول الخلاف إلى خلاف شخصي. والتي تحل بالحوار، كتابة تقارير، المناقشة الحادة والصراع الذي لديه حجج أكبر هو الذي يتفوق، طرح المشكل، كل مسؤول يأخذ المسؤولية على حسب رتبته، الاعتذار "عندما يقع الخلاف أنسحب، إذا تطلب</p>	<p>-13 مبحوث قالوا أنه لا يوجد تنافس. -08 مبحوثين قالوا يوجد تنافس حول إتقان العمل، التكوين، الدراسة كما قالت أحد المبحوثات: "الكل يريد أن يصل، الكل يدرس"، تقديم الأعمال العلمية مبحوثة قالت: "أنا كنت طبيبة عامة وتعرضت لمضايقات من المختصين فكان حافزا لي لأتم الاختصاص"</p>	<p>-12 مبحوث قالوا أن هناك تعاون محصور في تقديم استشارة حول حالة المريض، مضيئة مبحوثة: "يقدم المساعدة إذا كانت الحالة مستعجلة أو مسؤوليته، إذا كانت لا تخصه لا يقدم المساعدة". -09 مبحوثين قالوا لا يوجد تعاون</p>	<p>-07 مبحوثات قلن أنها علاقة احترام "الأقل رتبة يحترم الأكبر رتبة، هناك هرم يتبع، والذي أكبر منا رتبة مقتنع أن له الحق أن يطلب منا ما يشاء" مبحوثة: "هناك من يتعامل باحترام وتعاون، وهناك من يتعامل بعلية، وهناك من يرفض التعامل معنا" -12 مبحوث قالوا أنها علاقة جيدة مبحوثة: "هناك علاقات جيدة وأخرى سيئة، هناك من له سلوك تسلطي حتى وإن كان رأيه خاطئ" مبحوثة: "هناك من لا</p>	<p>طبيب مقيم</p>

<p>الأمر أطلب السماح حتى وإن لم أفعل شيء، رغم حل الخلاف إلا أن المبحوثين قالوا أن هذه الخلافات تؤثر في عملنا وفي ثققتنا بأنفسنا، تبقى حساسيات ومشاكل عالقة، مضيفين أن الجنس الواحد في العمل يؤدي إلى مشاكل خاصة أن هناك مصالح بها 100% نساء. -07 مبحوثين قالوا لا يوجد خلاف.</p>			<p>يشعرنا بأن مكانته أكبر منا، يقسم المهام دون إشعارنا بالدنيوية، وهناك من يعطينا الأوامر " -مبحوثة: "ممتازة داخل المصلحة فقط، خارج المصلحة لا يوجد اتصال) يقول لك من أنت) -مبحوثة: "متوسطة، على حسب الاختصاص، خارج العمل جيدة في العمل يكون صراع، نرسل المريض لمصلحة أخرى يقول أنه خارج اختصاصي، ويبقى الصراع، هناك تكبر هناك من يرى أن تخصصه أحسن من تخصصنا خاصة الأخصائيين في الأشعة، لا توجد روح الطب أصلاً."</p>	
<p>-03 مبحوثين قالوا لا يوجد خلاف. -09 مبحوثين قالوا يوجد خلاف، وكلهم أجمعوا أنه حول المريض، "الخلافات الشخصية تكاد تكون منعدمة"، "نعم، إذا رفض الأخصائي أن يساعدني في أخذ رأي حول صحة المريض وكيفية المعالجة"، "يوجد خلاف حول طريقة العمل"، "نعم، حول تكليف الطبيب العام بأكثر من طاقته"، "نعم، والضحية هو</p>	<p>-12 مبحوث قالوا لا يوجد تنافس.</p>	<p>-11 مبحوث قالوا أن التعاون يقتصر في حالة التكفل بالمريض. - مبحوثة قالت: "لا يوجد تعاون"</p>	<p>-مبحوثة قالت: "جيدة من جميع النواحي سواء في العمل أو العلاقات الخاصة" -مبحوث: "احترام الرتبة، ومحاولة أخذ معلومات جديدة ومفيدة للمريض." -06 مبحوثين قالوا أن علاقاتهم حسنة لا تتجاوز علاقة العمل فقط. -مبحوث قال: "بما أن لدي 16 سنة وأنا في هذه المستشفى هناك احترام، لكن لدي مشاكل مع الأطباء المقيمين الذين</p>	<p>طبيب عام</p>

<p>المريض، وإيجاد الحل يكون على حسب شخصية الطبيب" أما كيفية حل الخلاف فتكون عن طريق المناقشة، أو خلال الاجتماع الذي يعقد كل أسبوع.</p>			<p>يضمنون أنهم أصبحوا أخصائيين وهم لا يزالون في مرحلة التكوين، كما أننا نعلم أكثر منهم، لكن البقية أقصدهم في علاقات خاصة أو علاقات عمل ليس لدي مشاكل" -مبحث قال: "هناك أخصائيين يحتقرون الطبيب العام والمصلحة التي يكون فيها الأخصائيون والعامون يكون العمل كله على عاتق الطبيب العام" -مبحوثة: "على حسب الأفراد هناك أفراد علاقتي بهم جيدة، وآخرون لدينا معهم مشاكل، هناك من يرسل إلينا المريض وهو ليس من اختصاصنا، لدي مشاكل خاصة مع الجيل الجديد أهلنا أصبحنا نعالجهم خارج هذه المستشفى لأنه ليس هناك احترام أحضر أحد أفراد عائلتي للعلاج لا يقدمون لي خدمة ولا يحترمون أنني زميلة لهم، فرق شاسع بين الجيل السابق والحالي." -مبحث: "ليس لدي مشكل مع أحد، لدي معاملة واحدة مع كل الأطباء، المشكل ليس في الجيل الجديد، المشكل في تكوينهم، لا يعلمون أين هم ذاهبون،</p>
--	--	--	---

			ليس لديهم أهداف، ليسوا جديين في العمل."
--	--	--	---

وصف الأساتذة الإستشفائيون الجامعيون علاقاتهم مع باقي الرتب بالعلاقات المهنية، التي تكون وفقا لتقسيم المهام، حيث أن الطبيب المقيم أو العام يقوم بالتشخيص وتكوين ملف، ليقدمه إلى المختص أو الأستاذ المساعد الذي يتخذ القرارات، وإذا اضطر الأمر يتدخل الطبيب الأستاذ\*، كما قال أحد المبحوثين أنه لا يوجد تواصل بسبب ضيق الوقت والمشاكل الاجتماعية، كل يسعى لتحقيق مصالحه، كما أن مبحوثة قالت أن علاقاتها تعتمد على الطرف المقابل لها، بينما وصف مبحوث آخر علاقاته بالأطباء الآخرين في مختلف الرتب بالامتازة\*\*، ومنه نستنتج أن العلاقات مع الرتب الأخرى بالنسبة للأساتذة الاستشفائيين تعتمد على العلاقات المهنية وتقسيم العمل، كما أن العلاقات الشخصية تحكمها التوافق في الثقافة والأفكار بين الأطباء، وكذا نوعية السلطة التي يمتلكها الطبيب، أما بخصوص التنافس ورغم أن معظمهم نفى وجود تنافس خارج الرتبة، إلا أن هناك مبحوثين قالوا أنه يوجد تنافس خاصة إذا ما تعلق الأمر بالتكوين، وبالتحديد التكوين في فرنسا\*\*\*، وإذا ما حللنا أسباب الخلاف نجدها تكون أساسا بسبب المناوبة والتشخيص، مثلا يمكن أن يشخص طبيب بأن مريض يحتاج إلى عملية، لكن الجراح يقول عكس ذلك، وبالتالي فإن الطبيب الجراح هو الذي يتخذ القرار، أما إذا اشتد الخلاف فيحل على مستوى الاجتماع الذي ينعقد كل أسبوع على مستوى المصلحة، كما أن مبحوثتين قالتا أن هناك صراع بسبب الغيرة وللإشارة أن هاتين

\* إن إلقاء مهمة التشخيص وتكوين ملف المريض على عاتق الطبيب العام، والطبيب المقيم الذي لا يزال في مرحلة تكوين في مركز استشفائي يتطلب التشخيص النوعي والدقيق للمرض، سوف يؤثر لا محالة على نوعية التشخيص وكذا طبيعة العلاج المقدم.

\*\* إن طبيعة العلاقة تعتمد أيضا على نوعية السلطة التي يمتلكها الطبيب.

\*\*\* لا يزال القطاع الصحي في الجزائر تابع لطبيعة وكيفية التكوين في فرنسا هذا بحكم التبعية في جميع المجالات لفرنسا، بحكم الاستعمار الفرنسي للجزائر، والتبعية التي أتت بعده من الدولة، رغم أن هناك العديد من دول العالم تعتبر رائدة في مجال الطب مثل الولايات المتحدة الأمريكية، المملكة المتحدة، ألمانيا، اليابان، كندا والتي تعتبر أكثر تطورا من فرنسا في هذا المجال.

الطبيبتين تنتميان لنفس المصلحة، وفي نفس الدرجة - أستاذ مساعد - وتسعيا للترقي لرتبة أستاذ محاضر.

بالنسبة للأخصائيين من خلال المقابلات نتبين أن معظم علاقاتهم سطحية لا يوجد تواصل كبير وانسجام، كما أن مبحوثة أثارت مشكل النقص في عدد الأخصائيين، عندما يكون للطبيب الأخصائي ظرف لا يجد من يستخلفه خاصة بالنسبة للمصالح التي بها عدد قليل جدا من الأخصائيين\* ، التعاون بين الأطباء في رأي الأخصائيين يكمن في التعامل مع مختلف الاختصاصات لكون عملهم متكامل\*\* ، كما أن مبحوثة قالت بأن التعاون يكمن في "نقل الخبرات والأسس العلمية للأطباء المقيمين"، هذا التعاون الذي يفتقد إليه الأطباء المقيمين كثيرا، حيث أنهم يعانون ويشتكون من سوء التكوين، كم أن مجموعة من أطباء الجراحين الذين ينتمون لمصلحة واحدة قالوا هناك تعاون بينهم بخصوص إجراء العمليات الجراحية الصعبة، كما أنه ولو لم تكن صعبة فإنهم يدخلون مع بعض لغرفة العمليات، هذا التصرف يمكن أن يكون في مصلحة المريض إذا كانت العملية صعبة، أما إذا كانت العملية عادية ودخول عدد كبير لغرفة العمليات قد يؤدي إلى الإرباك وتضييع الوقت وبالتالي التأثير على نتيجة العملية، كما أن المبحوثين قدموا العديد من الوضعيات التي يكون حولها الخلاف مثلا حول المصلحة التي تستقبل المريض، وعدم أداء طبيب لمهامه، أو تجاوز الطبيب الأعلى رتبة.

\* هذا لا يؤثر فقط على الطبيب الأخصائي وإنما يؤثر أيضا على المرضى، في حالة غياب هذا الطبيب، كما أن المصلحة التي تنتمي إليها هذه الطبيبة بها أخصائيتين فقط هي وطبيبة ثانية حتى أن تخصصهما الفرعي مختلف، والطبيبة الثانية قدمت استقالتها بسبب الضغوط التي تعاني منها لتبقى المصلحة بطبيب أخصائي واحد بتخصص فرعي واحد، وهذا ما يدفعنا إلى التساؤل عن مصير المرضى الذين هم في وضعيات حساسة جدا يحتاجون إلى المتابعة المستمرة، إذ من المحتمل جدا أن يبقى مصيرهم مرتبط بالطبيبات المقيمات بالمصلحة ليصبح اتخاذ القرارات الطبية بشأنهم مرتبط بهن.

\*\* رغم أن هناك صراع كبير بين المصالح يذهب ضحيته المريض، خاصة بين مختلف المصالح ومصلحة الأشعة التي تعاني منه أغلب المصالح، هذه الأخيرة التي يمتلك الأطباء بها سلطة واسعة بحكم نوعية التخصص ونقص الأطباء في هذا التخصص، وحاجة جميع المصالح لهم.

أما الأطباء المقيمين فإن 07 منهم وصفوا العلاقة بعلاقة احترام، الأقل رتبة يحترم الأكبر رتبة وهناك هرم يتبع، كما أن للطبيب الأكبر رتبة له الحق بطلب ما يشاء منهم، وفي هذا تصريح بأن العلاقة تعدت علاقة الاحترام، وأصبحت علاقة استغلال\*، كما أن المبحوثين اجمعوا أن هناك أطباء يعاملونهم جيدا ولا يشعرونهم بأنهم أقل رتبة، بينما هناك من يعاملهم بتسلط وبإعطاء الأوامر، كما أن 12 مبحوث قالوا أن التعاون يقتصر على تقديم الاستشارة بخصوص المريض، وبعضهم قال بأن هذه الاستشارة تنحصر في الحالة التي تخصه، في الحالات الأخرى لا تقدم استشارة، كما أن 09 مبحوثين قالوا أنه لا يوجد تعاون، كما أثار المبحوثون مسألة عدم التعاون بين المصالح حيث قالوا أنه إذا كان تعاون وتعامل يكون داخل المصلحة، أما خارج المصلحة فلا يوجد تعامل أساسا، كما أن 13 مبحوث قالوا أنه لا يوجد تنافس، لكن 08 منهم قالوا أنه يوجد تنافس حول إتقان العمل، التكوين،... كما أضافت مبحوثة أن الكل يريد أن يصل والكل يعمل من أجل ذلك مشيرة إلى أن كل طبيب له أهدافه مهما كانت رتبته، يسعى إلى تحقيقها، كما أضافت مبحوثة أخرى أنها وبسبب نظرة الأخصائيين للطبيب العام، والمضايقات التي تعرضت لها، كان ذلك حافزا لها لإتمام الاختصاص، حيث أن الطبيب العام كما جاء في بداية المقابلات يعاني من النظرة الدونية للأطباء الأخصائيين جعلته يخلق استراتيجيات لمواجهة هذه النظرة، مثلا العمل في المصالح التي بها الأطباء العامون فقط، المشاركة في المسابقات لإتمام الاختصاص، الحصول على شهادات أخرى للحصول على وظيفة إدارية داخل المستشفى،...والذين بدورهم -الأطباء العامون- قالوا أن التعاون يكاد يكون منعدم وان علاقاتهم ببقية الأطباء هي علاقة مهنية، وأن

\* هذا ما أشرنا إليه سابقا، فقد قال الأطباء المقيمون أنهم يقومون بجميع الأعمال حتى عمل عمال النظافة، وأنه ليس هناك توزيع عادل للمهام.

هناك أطباء أخصائيين يرفضون تقديم مساعدة بخصوص حالة المريض\*، وتجمعهم بباقي الأطباء علاقات مهنية، وقد أثار الأطباء العامون مشكلات تحصل مع الأطباء المقيمين الذين حسب رأيهم يضمنون أنهم أصبحوا أخصائيين، وأنهم أعلى منهم درجة، رغم أنهم أكثر منهم خبرة وتمرس\*\*

### تفريغ وتحليل بيانات اجتماع الأطباء:

تم عقد الاجتماع يوم 2019/10/29 على الساعة 10:17 دقيقة بمصلحة أمراض الكلى حضر الاجتماع الطبيب رئيس المصلحة، الطبيبات الاختصاصيات الطبيبات العامات، أطباء داخليين، مع غياب الأطباء المقيمين لأن لديهم دروس بالجامعة، ومختصة في علم النفس الإكلينيكي، مع الملاحظة أن هناك طبيبين فقط الطبيب رئيس المصلحة وطبيب داخلي، والباقي كلهن طبيبات.

طريقة الجلوس: طاولة بيضوية الشكل، الطبيب رئيس المصلحة على رأس الطاولة ثم الطبيبات المختصات ثم الأطباء الداخليين مع جلوس البعض في الخلف كون الطاولة لا تكفي.

بدأ الطبيب رئيس المصلحة وطلب من الطبيبة الأولى التي قدمت حالة المريض التي تتابعها بالتفصيل باللغة الفرنسية تتخللها بعض الكلمات باللغة العربية، في هذه الأثناء دخلت طبيبات مختصات، وقفت طبيبات داخليات لتترك لهن المكان حول الطاولة.

\* إن هذا الصراع بين الأطباء، داخل وخارج المصالح سوف يدفع المريض ثمنه، وليس أي ثمن فهو متعلق بصحة الفرد وسلامته بل وبحياته في كثير من الأحيان.

\*\* هذه النظرة خلقت داخل المستشفى ما يسمى بصراع الأجيال خاصة وأن كل معظم الاطباء المقيمين هم أقل سنا من الأطباء العامون، كونهم مروا مباشرة من طبيب عام إلى طبيب مقيم.



قدم رئيس المصلحة مجموعة من الملاحظات والأسئلة، حيث قدم الطبيب رئيس المصلحة سؤال للأطباء الداخليين لم يجيبوا، فقال لهم بابتسامة: "تساو الله بيارك".

توالى تقديم الطبيبات للحالات التي يتابعونها، بين الحين والآخر يقدم الطبيب رئيس المصلحة ملاحظات، كما تقدم طبيبة أخصائية جالسة أمامه هي الأخرى ملاحظات، التي يتشاور معها بخصوص الحالات وإعطاء الدواء، مع الملاحظ أنه يقدم الملاحظات والانتقادات بهدوء وبابتسامة، مع استخدام كلمات من فضلك، يعطيك الصحة، *très bien, s'il vous plais*، كما وأنه أثناء الاجتماع قام الطبيب رئيس المصلحة بتبنيه طبيبة أخصائية على التتبع.

في خلال تقديم حالات المرضى، كان هناك اختلاف في الرأي حول حالة مريض بين الطبيب رئيس المصلحة والطبيبة الأخصائية الجالسة أمامه، بعدها سكتت وظهرت على وجهها ملامح عدم الرضا.

خلال الاجتماع، كان هناك طالب من الأطباء الداخليين يجلس في الخلف حامل هاتف وحجبه بمحفظة ويقرأ.

بعد انتهاء تقديم حالات المرضى، تم التحاور بين الأطباء، بعدها الطبيب رئيس المصلحة أظهر هاتفه لطبيبة أخصائية وأراها صورة ابنه.

بعدها طلب من طالب السنة السادسة تقديم بحث عن طريق شاشة، وتبين أنه كان خلال الاجتماع يحضر لهذا التقديم، وبعد الانتهاء صفق له كل الحضور وشكره الطبيب رئيس المصلحة على البحث وعلى التقديم، وبعدها رفع جلسة الاجتماع، وفي خلال مغادرة الأطباء غرفة الاجتماع، تحدثت طبيبة عامة مع الطالب وقالت بابتسامة أنه خطير.

انتهى الاجتماع على الساعة 13:02 مساءً.

إن تحليل هذا الاجتماع يدعم ما جاء من خلال المقابلات أن هناك احترام للترتبة، وهذا ما نلاحظه حتى في ترتيب جلوس الأطباء حول طاولة الاجتماع حيث كان الجلوس من الأكبر رتبة إلى الأقل رتبة، كما أنه عند دخول الطبيبات الأخصائيات وقفت الطبيبات الداخليات وتراجعن إلى الكراسي الخلفية تركن لهن الكراسي.

تصرف الطبيب الداخلي الذي كان يحضر تقديمه لموضوع بحثه، ولم يكن يتتبع حالات المرضى يعطي صورة حول تصرف الطبيب الطالب، الذي أهمل حالات المرضى وركز على بحثه من أجل أن يقدمه بشكل جيد، وهذا ما أشرنا إليه سابقاً وهذا ينم عن تغليب الهدف الشخصي عن الهدف الأساسي وهو خدمة المريض، وكذلك عن الهدف الإنساني.

إن سلوك رئيس المصلحة ومعاملته للأطباء بمختلف رتبه يبين لنا الصنف الأول الذي تحدث عنه الأطباء في مختلف المصالح وهو صنف رئيس المصلحة المتفهم، المجد في عمله والمتواضع، الذي يسعى لتطوير المصلحة\* وموازة مع ذلك فهو يسعى لإجراء العمليات الجراحية النوعية.

\* هذا ما لاحظناه من خلال الملاحظة بالمشاركة، في تعامل الطبيب مع سواء مع الأطباء، أو المرضى - والذي سوف نتحدث عنها في العلاقة طبيب مريض من خلال شبكة الملاحظة - الذي يمتاز بالتواضع واستخدام ألفاظ اللباقة، وفي نفس الوقت فهو حازم ويطلع على كل صغيرة وكبيرة يومياً داخل المصلحة، ويقدم ملاحظات الانضباط، إضافة إلى أنه يعمل على توسيع المصلحة، وإدخال أشياء جديدة.

المحور الخامس: علاقات العمل بين الأطباء والمرضى

جدول رقم 10: يوضح علاقات العمل بين الأطباء و المرضى

الرتب	وصف علاقة العمل	الخلاف وكيفية التواصل وطرق حله
أستاذ استشفائي جامعي	<p>- وصف 12 مبحث من أصل 13 علاقتهم بالمرضى بأنها طيبة وجيدة، حيث أضاف بعض المبحوثين قائلين: " عندما أطلب منهم عمل يجب القيام به، هم ينادونني باسمي الشخصي"، "دون مرضين لا يوجد عمل"، " علاقة طيبة يستجيبون لكل الطلبات سواء فرق النهار والليل"، " علاقة أخوات والصغيرات بناتي، المرضى عمله منظم، هي جناح الطبيب، المرضى يكمل الطبيب، لا يستطيع الطبيب العمل وحده دون ممرض"، " بالنسبة لي علاقة طيبة، أكل معهم، أجلس معهم، لكن كل في مكانه يعلمون أنني أنا الطبيب، ويجب القيام بعملهم، مع الوقت تصل إلى طريقة خاصة بك، بسيط، والناس يحترمونك على أساس علمك، علاقتي بسيطة جدا"</p> <p>- مبحوثة واحدة أجابت بأنه: " على حسب الحالة التي أكون فيها، إذا كنت في حالة سيئة يكون صراع، أما إذا كنت في حالة جيدة أتعامل معهم بهدوء... ليست لنا علاقة شخصية بالمرضى تنحصر في إطار</p>	<p>04- مبحوثين نفوا وجود خلافات بينهم وبين المرضى.</p> <p>09- مبحوثين قالوا بأنه تحدثت خلافات مع المرضى عندما لا يقوم الممرض بالعمل المطلوب منه، أو يخطئ، أو غياب الممرض، وأحيانا حول أوقات العمل أما طرق التعامل مع هذا الخلاف فقد قال بعض المبحوثين "أنبهه"، أما مبحث آخر " هناك مرضين لا يقومون بالعمل المطلوب منهم، لكن لا أحل الموضوع بتقارير، بعد الملاحظات الشفوية إذا لم يتعض أوقع له تحويل"، وقالت مبحوثة أخرى: " أحيانا هناك من تريد أن تعمل صباحا أو مساء وفي كل مرة نفس الشيء، يجب أن يتفهموا، أحيانا أتغاضي لكن عندما لا يؤديون عملهم لا أستطيع التغاضي...أنا أطبق التدرج في العقاب: إنذار شفهي، إنذار كتابي، المردودية، وفي الأخير يمكن أن أرسل تقرير للإدارة".</p>

العمل"	
<p>05- مبحثين وصفوا علاقتهم بالمرضىين بالجيدة، قالت مبحثة:"علاقات جيدة، الممرض يحترمنا، عند إعطائه قرارا ينفذه، وعندما يطلبون منا شيء لا نرفضه، خاصة الممرضين الذين لديهم أقدمية، لكن لا توجد علاقات شخصية الذين لهم أقدمية يعملون عملهم، لكن الجدد هناك من يتماطل" ، 04 مبحثين:"يقومون بكل ما نطلبه منهم".</p> <p>-مبحثتين وصفنا العلاقة بالحسنة، الأولى:"حسنة، ليست سيئة وليست جيدة لأنه حينما أتعامل معهم كثيرا يتمادون"، الثانية:"نستطيع أن نقول عليها حسنة، على حسب، أحيانا أضطر لإعادة الطلب عدة مرات منه لإجراء عمله"</p> <p>-مبحثة قالت:"الآن علاقة طيبة، في البداية كانت لدي مشاكل كبيرة معهم، قبل كان لديهم رئيس مصلحة برمجهم بأن الطبيب لا يعرف شيئاً كان يتحكم فيهم، بقي مدة ثم تقاعد، قدم لهم صورة سيئة حول الأطباء، وبعد تقاعده ترك أدواته داخل المكتب، وحين أخذت المكتب قامت القيامة في المستشفى بأكمله ( مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية، والطبية رئيسة المصلحة)"، لكن بعدها تنظمت</p>	<p>-مبحثة:"لم يحدث لي خلاف معهم، لأنني لا أتعامل معهم كثيرا".</p> <p>06- مبحثين:" تحدثت خلافات بسبب نسيان تقديم دواء للمريض أو إجراء تحليل، لكن سرعان ما تحل، سواء فيما بيننا أو بتدخل رئيس المصلحة"، مبحثة واحدة قالت:" في حالة عدم نجاعة الحلول السابقة أقوم بكتابة تقرير"، كما أضاف مبحث:"الذي يقدم الدواء هو الممرض، لو تكون علاقتك به ليست جيدة لا يقوم بتقديم الدواء للمريض كما يجب، وبالتالي مجبرين على خلق علاقات جيدة بهم".</p> <p>-قالت المبحثة 08:" نعم أحيانا تحدثت خلافات، قدموا بي قبلا تقرير، وبمرور الوقت حضروا واعتذروا، لم يحدثوا شيء، تكلم معهم والذي ( والذي إطار في الحيش)، إضافة إلى عملي الدؤوب، صحيح أنني لا أحضر باكرا، لكنني أقوم بعملتي، وعندما تحدثت خلافات في إطار العمل أتكلم مع الممرضة رئيسة المصلحة"</p>

طبيب مختص

	الأمور"	
<p>06- مبحوثين قالوا أنه لا يوجد خلاف بينهم وبين الممرضين.</p> <p>15- مبحوث قالوا يوجد خلاف حين تقصير الممرض في أداء عمله اتجاه المريض سواء عدم إعطائه العلاج في الوقت المناسب، نسيان تقديم الدواء، عدم إجراء التحاليل الطبية، رفض الممرض لأداء عمل معين، حيث أضاف بعض الأطباء أن الممرض يحس بعقدة النقص ويعاني من نقص الوعي والثقافة، أما بخصوص حل هذه الخلافات فحسب المبحوثين تكون بتوجيه وتنبيه الممرض وإذا اقتضى الأمر نلجأ لرئيس المصلحة.</p>	<p>19- مبحوث قالوا أن علاقتهم حسنة بالممرضين في إطار العمل.</p> <p>-مبحوثة قالت: "هناك الذين أدرسهم حاقدة عليهم لأنه يعلم أن المنصب مضمون ليس لديهم روح العلم، في العمل مستهترين"</p> <p>-مبحوثة: "الممرض عادة ما يخطأ في وضع الدواء المناسب"</p>	<p>طبيب مقيم</p>
<p>12- مبحوث قالوا بأن الخلاف يحدث أحيانا، عندما يطلب الطبيب شيء ويتماطل الممرض في إنجازه، أو يرفض أداء الطلب الذي يقدمه والحالة تكون مستعجلة أو إهمال مريض.</p> <p>أما كيفية حل الخلاف إما يلتزم أو أكتب تقرير أقدمه لرئيس المصلحة".</p> <p>كما أضاف مبحوث إلى أن هناك بعض الخلافات تحدث بسبب "عدم تقديم الطبيب خدمة للممرض مثلا عطلة مرضية لأحد أفراد العائلة، وبالتالي الممرض يرد على ذلك بعدم تقديم خدمة للطبيب مثلا إحضار الطبيب لمريض من أفراد عائلته يرفض الممرض تقديم خدمات له."</p>	<p>12- مبحوث وصفوا علاقتهم بالممرضين بالجيدة في حالة ما طبق الممرض تعليمات الطبيب حيث لا تتجاوز العلاقة المهنية، أما في حال عدم أداء الممرض لمهامه تحدث مشاكل، "جيدة، لا توجد مشاكل من جهتهم، يحترمون ماذا يطلب منهم الطبيب وإذا كان العكس تكون المشاكل"، "علاقة جيدة جدا أسرة واحدة لحين مرور العمل، باستثناء ممرضة واحدة لها خلافات مع كل الناس"، أما مبحوث آخر قال: "جيدة، مسايرة الممرض دائما حتى لا يكون الضحية هو المريض".</p>	<p>طبيب عام</p>

إن وصف 12 من الأطباء الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين لعلاقتهم بالممرضين جاء بأنها طيبة وجيدة كان هذا على حسب رؤيتهم لمدى استجابة الممرض لأوامرهم، لكن النظرة التطبيقية تجلت في العديد من تصريحات المبحوثين

"لكن كلُّ في مكانه يعلمون أنني أنا الطبيب"، " علاقة طيبة يستجيبون لكل الطلبات، .." وبالتالي فهي علاقة مهنية، لكن هناك من يتعدى هذه العلاقة وينسج علاقة مع المرضى باعتباره رئيس مصلحة، وتواضعا منه في التعامل لكن يبقى كل ذلك في إطار احترام الرتب، أما المبحوثة الأخيرة والتي وصفت علاقتها بالمرضى أنها تكون وفقا لمزاجيتها، فإن هذا يبين تعامل آخر من قبل أطباء آخرين الذين يتعاملون مع المرضى بنظرة دونية وأنهم أقل منهم شأنًا ويخضعون لهم حتى في مزاجهم\* .

العلاقة بين الأطباء الأخصائيين والمرضى بعضهم تربطهم علاقة تبادل حيث أن المرضى ينفذون مطالب الأطباء وهم بدورهم يلبون لهم طلباتهم وهذا ما تحدت عنه الأطباء في مختلف الرتب، حيث قالوا أنه يمكن للمرض ألا يقوم بما يطلبه منه الطبيب خاصة إذا ما تعلق الأمر بأحد أقارب الطبيب، إذا كان الطبيب قد رفض طلبا من قبل للمرض مثلا كتابة له عطفة مرضية لأحد أقاربه، كما أن بعض الأخصائيين قالوا أن هناك من المرضى من يقوم بالعمل الذي يطلب منهم ولكن هناك من يتماطل خاصة بالنسبة للمرضى الجدد، وحسبهم فإن المرضى الذين لديهم أقدمية يقومون بعملهم ولا يوجد معهم إشكال، كما أن هناك المبحوثين نفوا خلافات بينهم وبين المرضى ينتمون إلى مصالح لا تتعامل كثيرا مع المرضى مثل مصلحة طب العمل والتي تتعامل أكثر مع المؤسسات، أو مصلحة علم الأوبئة والتي يكون فيها عمل المرضى مقتصر على أمور تقنية وروتينية يقومون به دون انتظار الأوامر من الطبيب.

كما أن الأطباء المقيمين والأطباء العاميين قالوا أنها علاقة مهنية، تتمثل في إعطاء الأوامر للمرض وهو ينفذها، كما أثارت مبحوثة أخرى وهي طبية مقيمة

\* هذا الصنف من الأطباء تحدت عنه المرضى من خلال مقابلاتنا لهم في إطار العلاقة طبيب ممرض والتي سوف نتطرق إليها.

نقطة أخرى والتي قالت: "هناك الذين أدرسهم حاقدة عليهم لأنه يعلم أن المنصب مضمون ليس لديهم روح العلم، في العمل مستهترين"، إن استهتار الممرض بتكوينه لكون المنصب يتحصل عليه آليا بعد التخرج\*، سوف يؤثر على نوعية الخدمة التي يقدمها للمريض، وكذلك على تقديم العلاج الصحيح كما يصفه الطبيب، وهذا ما ينعكس أيضا على أخلاق الممرض حيث قال أحد الأطباء العامون " مسايرة الممرض دائما حتى لا يكون الضحية هو المريض"، وقالت طبيبة أخصائية: "الذي يقدم الدواء هو الممرض، لو تكون علاقتك به ليست جيدة لا يقوم بتقديم الدواء للمريض كما يجب، وبالتالي مجبرين على خلق علاقات جيدة بهم"، وهذا ما يجعل العلاقة الإنسانية والمسؤولية الأخلاقية تسقط في التعامل، ولحل الخلاف الذي يحدث بسبب تماطل الممرض في إعطاء الدواء، أو رفض أداء عمله، فإن بعض الأطباء قالوا أنهم يقومون بتنبيههم، وإذا اقتضى الأمر تقديم تقرير لرئيس المصلحة، أما رئيسة مصلحة فقالت أنها تتدرج في العقاب "إنذار شفهي، إنذار كتابي، المردودية، وفي الأخير يمكن أن أرسل تقرير للإدارة"، وهناك من قالت أنه إذا لم يتعظ بعد الإنذار أوقع له تحويل من المصلحة، لكن الممرض الذي يرفض أداء عمله، ويتهاون في ذلك وهو متعلق بصحة إنسان من المفروض لا يستحق تغيير المصلحة لأنه سوف يذهب إلى مصلحة أخرى ويؤدي مرضى آخرين.

**تفريغ مقابلة جماعية مع فريق للشبهه طبيين حيث تمت مقابلة 03 فرق في مصالح مختلفة كل فريق يتكون من 03 أفراد، وقد جُمعت آراءهن كونها كلها متشابهة.**

\* من المفروض أن الممرض الذي لا يبذل مجهودا للتمكن من هذه المهن من المفروض ألا يتم إعطائه شهادة التخرج أصلا، وأنه يقيم من خلال امتحانات موضوعية يثبت من خلالها كفاءته، ولا يمنح له المنصب.

- (01، 02، 03) كان جنس المبحوثين كلهن إناث يتراوح سنهن بين 25 و 35 سنة 05 منهم ينتمون لرتبة مساعد تمريض (ATS) و 04 لرتبة ممرض الصحة العمومية (ISP).

- (04، 05) أجمعت المبحوثات أن لديها بروتوكول، هناك ورقة للمريض (fiche) يكتب فيها الطبيب الدواء على حسب المرض وهم يطبقون ما يكتب، يمكن أن يطلب تقديم الدواء شفويا لكن يجب أن يكتب ذلك.

يعني أن الممرض الذي يقوم بعمله ويراقب الأوراق الخاصة بالبروتوكول المتعلق بالمريض لا يمكن أن يغفل عن تقديم الدواء له، إذ ان الطبيب حتى وإن قدم الأمر شفويا للممرض فإن عليه كتابته.

- (06) بالنسبة لتوزيع المهام قالت المبحوثات أنه من المفروض أن توزع المهام كل على حسب رتبته لكن لأن هناك عدد قليل من الممرضين يعملن معا، كما أن عدد مساعدي التمريض أكبر من عدد ممرضي الصحة العمومية\*.

إن الخلط في المهام بين مساعدي التمريض والممرضين سوف يؤثر على نوعية الرسالة التي تقدم للممرض، وكذا تقديم العلاج للمريض، إذ أن الذي أجرى تكوين مساعد تمريض ليس كالذي أجرى تكوين ممرض الصحة العمومية لا في مدة التكوين، ولا في نوعية التكوين، لأن المهام الموكلة للرتبتين من المفروض أنها مختلفة.

- (07) عند التأخر في إعطاء جرعة الدواء للمريض قلن أنه يتم إخبار الطبيب ويتم تقديم الدواء مع إضافة الوقت الضائع لتقديم الدواء في المرة الثانية، ويمكن أن يبدأ

\* يبلغ عدد ممرضي الصحة العمومية بالمركز الاستشفائي الجامعي 192 ممرض في مقابل 247 مساعد تمريض.



تقديم الدواء في اليوم الموالي، قائلات الدواء له بروتوكول 03 أيام إذا لم يبدأ في اليوم الأول يمكن بدأه في اليوم الموالي.

إن إدخال مريض للمستشفى يعني أنه بحاجة إلى عناية كبيرة وإن حالته خطيرة لا يمكن تركه يعود إلى المنزل، والمريض الذي يدخل للمستشفى ويبقى ثلاثة أيام لم يقدم له الدواء من قبل الممرض سوف يؤدي إلى تفاقم حالته وخلق مضاعفات يمكن أن تؤدي بحياته.

(08) قلن أن هناك أطباء صارمين، مثلاً عند نسيان دواء يكتب مباشرة تقرير، هناك من يقدم تنبيهه، وهناك من يخبر الطبيب رئيس المصلحة هو من يتكلم معنا هذا في الأيام العادية، وفي أيام العطل أو المناوبة يتصل بالمراقب الطبي.

اعتبر الممرضين أن الطبيب الذي يكتب تقرير عند عدم تقديمهم للدواء هو طبيب صارم.

(09) كانت إجابة المبحوثات أن هناك من الأطباء من يتكبر ويتعالى، حتى لو لم نعرف كيفية تطبيق شيء يقول عليك أن تبحث على من يعرف كيفية تطبيقه، مثلاً دواء جديد علينا بالبحث على مستوى الصيدلية وعلى مستوى الصيدلية المركزية مضيفين أن هذا التعب دون أن يكون للعلاج نتيجة، عندما يكون الطبيب ليست لنا علاقة طيبة معه يكتب دواء ولا يخبرنا به وبعد ذلك يحاسبنا على عدم تقديمه، أحياناً لا نستطيع توفير الوسائل يلوموننا نحن ويحقدون علينا، للأطباء يوم يجتمعون فيه كل أسبوع، ويطلب منا الأطباء أخذ كل المرضى لإجراء الأشعة الطبية في اليوم الذي قبله، أضفن هناك عدد قليل فقط من الأطباء تربطنا به علاقات طيبة، لكن الكثير لا يفهمون، أحياناً نطلب من طبيب أن نأخذ المرضى لإجراء الأشعة في الصباح لكنه يقول أننا نعطيه الأوامر، مثلاً حينما يعطي الطبيب

للمريض إذن بالخروج (permission) لا يُفهم المريض بأنه يجب أن يقوم بإجراءات مع الممرض قبل الخروج وبالتالي تحدث مشاكل.

أضافت المبحوثات أنهن يعشن تحت التوتر والضغط والإرهاق، لكن أحيانا نجد طبيب يساعدنا، وحين لا نفهم شيء يشرحه لنا.

إن عدم فهم الممرض لكيفية تقديم الدواء، يعود إلى فئة من الممرضين الذين تحدثت عنهم الطبيبة المقيمة سابقا، حيث ولأن المنصب مضمون فإنهم لا يبذلون أي مجهود، كما أن نظرتهم بان العلاج الذي يقدمه الأطباء ليس له نتيجة، أثر سلبا على الالتزام بتقديم الدواء، ولومهم للطبيب الذي يكتب دواء للمريض ولا يخبرهم به، يمكن من خلاله التنبؤ بمكان تواجد الممرضين وهو المكتب الخاص بهم، وعدم مرافقة الطبيب أثناء جولته على المرضى.

(10) قالت المبحوثات أنهن خلقن استراتيجيات للمقاومة مثلا "عندما يطلب منا الطبيب أخذ المريض لإجراء الأشعة وقت الغداء لا نقوم بذلك خاصة إذا كانت الحالة غير مستعجلة، نطلب المساعدة من الفريق الذي يأتي بعدنا لكي يكملوا العمل خاصة إذا دخلوا ووجدوا الطبيب يعطينا الأوامر\* .

(11) قالت المبحوثات أن الطبيب إذا كان محترم نقوم بأعمالنا على أتم وجه، أما إذا كان متكبر نتمنى ألا نتعامل معه بتاتا، هناك أطباء يعملون عملهم، لكن هناك أطباء يقومون بأشياء تافهة لا يستفيد منها المريض المهم أنه يقدم لنا الأوامر،

\* إن تدريس الممرضين لوقت الغداء يبعث على التساؤل إن كانوا مدركين وواعين للمكان الذي يعملون به، وخصوصيته، وهذا ما يجعلنا نعود لما قالته إحدى الطبيبات بأنه هناك غياب الوعي والثقافة لدى الممرضين، وللإشارة فإن هذه النظرة غير مقتصرة على الممرضين بل على المساعدين النفسانيين حيث من خلال الملاحظة بالمشاركة في إحدى المصالح بالمركز الاستشفائي الجامعي، كان هناك حالة مريض سوف يأخذونه لبتنر ساقية، فأتى أحد الأطباء وقال للمساعدة النفسانية اذهبي وتحديثي معه قليلا سوف يأتيون لأخذه، فنظرت إلى الساعة وقالت إنه وقت الغداء، ليضيف الطبيب أنهم يوفون بحضورون في غضون عشر دقائق، فقالت سوف أذهب لأتغذى أولا، وهذا ما يجعلنا ندق ناقوس خطر غياب الجانب الإنساني داخل المراكز الاستشفائية الجامعية.

هناك أطباء يتعاملون مع الممرض بعلية أنا الطبيب، هناك أطباء لا يعرفون ماذا يفعلون نحن من نقول له ماذا يفعل لأن هذا راجع للخبرة.

هذه النظرة من قبل الممرضين للأطباء تجعلهم في صراع معهم، ويتماطلون في تقديم ما يطلب منهم، وبالتالي فإن الضحية هو المريض.

المحور السادس: علاقات العمل بين الأطباء والمسيرين الإداريين

جدول رقم 11: يوضح علاقات العمل بين الأطباء و المسيرين الإداريين

الرتب	طبيعة العلاقة بالمسير	تسيير الإدارة من قبل غير الأطباء	الاستشارة في اتخاذ القرارات	المشاكل التي تعاني منها المستشفى بسبب تسييرها من قبل إداريين خارج سلك الطب
أستاذ استشفائي جامعي	12- مبحوث قالوا بأن علاقتهم بالمسيرين الإداريين هي علاقة مهنية محدودة جدا تقتصر على استخراج الوثائق الشخصية مثل شهادة عمل، ...أو في إطار تكليف بمهمة رسمية، أو طلب توفير الوسائل لكن في غالب الأحيان تأخذ الإدارة وقت طويل جدا لتوفير الوسائل، وأحيانا تطلب الإدارة تقارير، ففي رأي مبحوثة "الإدارة تقف ضد الطبيب"، " هناك من قالت: "أتجنب التعامل معهم إلا للضرورة - الحالات التي تم ذكرها-"، هناك مبحوث قال: " هناك مشكل تباطؤ في إيصال المعلومة حيث أن هناك معلومات تمر على الإدارة تكون بالغة الأهمية لا يتم إبلاغنا بها في وقتها." قالت مبحوثة أخرى:	03 - مبحوثين قالوا بأن المسير يجب أن يكون طبيبا كونه أدرى بمتطلبات المهنة من وسائل وظروف عمل، ... 05- مبحوثين قالوا بأن المسير يجب أن يكون إداريا كون " الطبيب ليست له خبرة"، " إذا كان كفاء، يكون إداريا ملم بالإدارة ويقدر مهنة الطب، هناك أطباء لم يوفقوا في الإدارة، أنا أفضل الطبيب يبقى طبيب، والإدارة للإداريين"، هناك مبحوث آخر أضاف أنه " يجب على المسير أن يكون مكونا تكوينا خاصا بإدارة المستشفيات". 05- مبحوثين آخرين جمعوا بين أن يكون التسيير يتواجد به طبيب وإداري حيث هناك من قال: " هناك أمور	- أجمع كل المبحوثين أن الاستشارة تتم عن طريق المجلس العلمي الذي يضم الأطباء رؤساء المصالح، ومدير النشاطات الطبية وشبه الطبية والمدير ويتأهله طبيب لكن في غالب الأحيان لا يتوصل هذا المجلس إلى نتيجة وهذا ما أكدته رئيسة مصلحة والتي قالت: "من المفروض أن المجلس العلمي يناقش مواضيع ذات أهمية كبيرة، لكن في المجلس العلمي ننتاقش وأحيانا يستمر لساعات متأخرة لكن دون أن نصل إلى نتيجة" حيث أضافت " هناك المجلس	- كانت إجابة كل المبحوثين على هذا السؤال بعدم الاستجابة لطلبات الأطباء، خاصة الإمكانيات المادية " هناك حالات لمرضى تحتاج إلى دراسة لكن وسائل البحث غير موجودة" - " هناك سوء في التسيير، في المدن الكبرى هناك وضوح لعمل المركز الاستشفائي الجامعي، أصبحنا نعالج كل المرضى حتى الذين يمكن معالجتهم في المؤسسات الصحية الجوارية، هناك نقص في نوعية احتواء المرضى "من المفروض أننا تجاوزنا الكم إلى الكيف" - كثرة العراقيل الإدارية -" الإداري لا يفهم صلاحيات الطبيب وصلاحيات الإداري مثلا مريض من المفروض أن طبيب العمل هو الذي يقرر إذا كان العامل يستطيع العمل أو لا" - حتى على مستوى الاتصال

<p>" نستعمل وسائلنا الخاصة مثلا الهاتف النقال في تسيير أمور خاصة بالمستشفى، المدير العام فقط هو من يملك الهاتف النقال."</p>	<p>الإداري، لا أدري كيف يتم اختيار الأعضاء المدير هو من يختار الأعضاء، لكن السؤال المطروح على أي أساس يتم اختيارهم؟ لا نعرف حتى أعضاءه لا ندري حتى كيف يسير، القوانين موجودة، لكن في التطبيق لا يوجد شيء" قال رئيس مصلحة آخر: "في المناقصات هناك اجتماع، يستشيرون الطبيب رئيس المصلحة حول رأيه في الوسائل، وبسبب وجود العجز المادي، نحن نريد الأحسن لكن المناقصة ترسى على الأقل سعرا، أبسط مثال خيط العمليات الجراحية الخيط الأمريكي أحسن، وهم يحضرون الخيط الهندي" -هذا لا ينفي أن هناك استشارات أخرى مثل مصلحة</p>	<p>الإداري أنسب، وهناك أمور يكون الطبيب أفضل لأنه على دراية بالمهنة، من الأفضل أن يكون إثنان أحدهما في التسيير والآخر في الطب، لكن هل يمكن أن يكون مسؤولين في منصب واحد، من يقرر أولا* مبحوث آخر قال: "التسيير له أناسه، لكن هناك دائما جانب تقني يجب أن يكون فيه الطبيب." مبحوثة أخرى قالت: "المدير يجب أن يكون له مستشار طبيب جيد، يوصل له الرسالة جيدا، لكن في هذه المستشفى لا يوجد مستشار، ولا تصل المعلومة بشكل جيد هناك من يظهر بأنه يعمل، لكن في الحقيقة لا يقوم بأي شيء، من الصعب أن يكون المدير ليست له خبرة أو أنه خارج الاختصاص."</p>	<p>هناك مشكل وطني على مستوى التسيير، هناك مدراء ما شاء الله منهم مديرا، يجب أن يكون احترام، هناك من لا يحترم منصبك، وعلمك، لا يتكلم معك جيدا" -مبحوث واحد قال بأن علاقته بالإدارة حسنة.</p>
---	--	--	---

			<p>علم الأوبئة والطب الوقائي حيث قالت الطبيبة رئيسة المصلحة:" يستشيروننا في أمور أخرى مثلا وجود وباء...لكن التطبيق على حسب الضغط الذين هم فيه، هناك حالات تطبق فيها التوصيات التي نقدمها، لكن هناك حالات يتركون الاستشارة لمدة طويلة، الإداريين لديهم سياستهم الخاصة، هناك حالات نحن من نطلب اجتماع مثلا قضية الكوليرا، نحن من طلبنا إجراء اجتماع حتى نكون جاهزين"</p>	
<p>طبيب مختص</p>	<p>-أجمع كل المبحوثين على أنهم يتفادون التعامل مع المسيرين الإداريين إلا للضرورة القصوى فيما يخص وثائق كشهادة العمل،... أو خلال المناوبة من أجل توفير الوسائل، لأنه وحسب رأيهم أنهم يتعرضون لمشاكل حين التعامل</p>	<p>-07 مبحوثين ضد أن المسير يكون خارج السلك الطبي:"أنا مع أن يكون الطبيب هو المسير، لأنه يعرف الضغط الذي يعانيه الطبيب"، "هذا ما جعل مستشفياتنا متأخرة، ليسوا على دراية بالطبيب والظروف</p>	<p>-أجمع كل المبحوثين أن الاستشارة تكون على مستوى المجلس العلمي الذي يُعنى به رؤساء المصالح فقط.</p>	<p>-أجمع كل المبحوثين أن المستشفى تعاني من مشاكل سببها كون المسيرين الإداريين خارج سلك الأطباء أبرزها عدم تفهمهم لطبيعة عمل الطبيب وكذا الوسائل التي يجب توفيرها قال أحد المبحوثين:"ياخذون قرارات عشوائية لا تتماشى مع مهنتنا، لا يعرفون عملنا،</p>

<p>وسائلنا، يراقبون فقط الحضور والباقي لايهمهم" مبحوثة: "أنا التي أدفع الضريبة مع المريض، البنية التحتية المهترئة للمصلحة تؤثر حتى على نفسية المريض، ويموت المريض لان المصلحة غير مناسبة، لا يوفر لنا الوسائل، ابدل جهدا مضاعفا ولا أصل إلى نتائج مما يسبب اكتئاب لدى الطبيب، هناك إداريين يحتقرون الأطباء، كلهم يبحثون عن الشكليات ويحلون أمورهم الشخصية الأمر الذي دفع بالمستشفى إلى أن تصل إلى الرداءة، هناك قمع للقدرات، لذلك تجدنا أغلب الأطباء الأخصائيين يقدمون استقالتهم" مبحوثة: "غرفة المناوبة لا تتوفر على وسائل، الدواء غير متوفر، الوسائل التي تجري بها العمليات أحيانا لا يوفرها" مبحوثة: "طلبنا وسائل منذ عامين ولم يقوموا بإحضارها، للإداريين عقدة النقص، يبحثون لنا عن المشاكل، أوراقنا من الصعوبة تمريرها، وإذا قمنا بخطأ لا يرحمونا" طرحت مبحوثتين مشكل السكن الوظيفي: "تقريبا كل الأطباء يعانون من مشكل</p>	<p>الملائمة التي يعمل بها من أجل خدمة المريض، يقررون عشوائيا وحينما نشتكى لا توجد حلول"، "شيء فضيع، لا يعلمون ما يحتاجه المريض، وما تحتاجه المصلحة، يسيرون الميزانية حسب رغباتهم، مثلا كان هناك نوع من الدواء ضروري جدا للمرضى، ولكنهم أمضوا بأنهم لا يحضرونه، وقالوا بأن رئيسة المصلحة تريد أن تقوم بالبحث العلمي ولا تحتاجه للمصلحة" "لا، مستحيل أن يفهموا الطبيب، لا يعرفون الوسائل ولا فائدته، وبالتالي لا يقومون بإحضار الأجهزة التي يحتاجها الطبيب، وعند حدوث مشكل لا يستطيع التحكم فيه لأنه ليس طبيب، من المفروض المسير يكون طبيب، الحوار يكون أسهل، والفكرة تصل بطريقة صحيحة."، "سلبية خاصة في غياب الإحاطة بالمشاكل الحقيقية للقطاع الصحي"، "أنا ضد،</p>	<p>معهم، مبحوث: "أخاف منهم، لا أحب الذهاب للإدارة، أذهب من اجل الأوراق، عموما الإدارة تستدعك من أجل مشكل، لا يسألونني من أجل حل مشاكلنا" 03 مبحوثين: "لا أتعامل معهم، أتعامل معهم فقط في المناوبة حين أحتاج الوسائل، أو تسخير طبيب الأشعة، الأمور الأخرى أتعامل عن طريق الوثائق" مبحوثة: "أتعامل معهم عند حدوث مشكل، مثلا مرة ذهبت إلى مؤتمر دولي، وسجلوني غائبة وخصم مني 04 أيام" مبحوثة: "لا يفهمون طبيعة عملنا وما يلزم، لأنهم ليسوا أطباء، المهم أن نقول لهم كل شيء على ما يرام" مبحوثة: "الذي مشكل مع المراقب، خاصة في المناوبة، أحيانا نكون في غرفة العمليات ويسجل أننا غياب" مبحوثة: "البعض لهم علاقة بالمجال يفهمون حين أتحدث معهم، لكن الآخرين لا يفهمون، المدير لا يهتم أي شيء،</p>
---	---	---

<p>السكن الوظيفي، فهو يمنح لغير الأطباء"</p>		<p>حبذا لو كان المسير من سلك الأطباء." -مبحوث واحد: "ليس شرطاً أن يكون المسير طبيياً، المهم أن يكون مؤطر، يشاور ويأخذ برأي المجلس العلمي"</p>	<p>ذهبت لأشتكي حول وضع المخبر، قال لي أنه يجب أن تقدم الشكوى رئيسة المصلحة ولست أنت، وهو على دراية بأنها تغيب ولا يقوم بمحاسبتها، لدينا أيضا مع مدير التجهيز لا يوفر لنا ما نحتاج من وسائل، كما أن في هذه المستشفى المسير الذي يريد التغيير لا يدعونه مثلما حدث سابقا أتى مدير أراد إحداث تغيير أحرقوا له مكتبه وهددوه لكي لا يحدث التغيير"</p>	
<p>-أجمع كل المبحوثين أن المستشفى تعاني من سوء تسيير الوسائل وعدم توفرها ويعاني الطبيب من عدم الاحترام، أضافت مبحوثة: "كارثة، كارثة، لا يوجد تنسيق بين المصالح، كل مصلحة تعيش في عالمها الخاص، سوء تسيير الموارد مثلا ماء الجافيل فير موجود ومزيل الروائح متوفر" مبحوثة قالت: "المريض، الممرض والطبيب، عمال النظافة الكل يعاني هناك عدم تنظيم" مبحوثة: "القاعة الخاصة بالأطباء المقيمين سققها</p>	<p>-أجمع كل المبحوثين أنه لا يتم استشارتهم في اتخاذ القرارات.</p>	<p>-14 مبحوث قالوا أنه من الأفضل أن يكون المسير الإداري طبيياً، لأنه أدرى بأمر الأطباء.. -06 مبحوثين قالوا أن التسيير يجب أن يقوم به الإداري لكن يجب أن يكون مختصا في إدارة المستشفيات. -مبحوثة قالت: "حسب الكفاءة، وزير الصحة طبيب ولم يفعل شيء"</p>	<p>-17 مبحوث قالوا أن علاقتهم بالمسيرين الإداريين تكون للضرورة من خلال استخراج الأوراق. -03 مبحوثين قالوا أن علاقتهم جيدة. -مبحوثة قالت: "آه، أكرههم، لأنني احتكت بالإدارة كثيرا حين نقلت من قسنطينة إلى باتنة لديهم حقد ضد الأطباء لديه نظرة بأن الطبيب يجهل القانون، وفعلا معظم الأطباء يجهلون القانون"</p>	<p>طبيب مقيم</p>



<p>سوف يسقط وهو ينهار تدرجيا، قدمنا شكوى منذ أكثر من عام لكن دون جدوى، والميزانية تذهب في مصاريف ثانوية مثل زراعة الورود، ..."</p>				
<p>10- مبحثين قالوا هناك قرارات تعسفية ضد الطبيب والمريض معا، "في كثير من الأحيان قرارات تعسفية ضد الطبيب مثلا نضطر للعمل لأوقات أطول من عملنا، لدينا نقص في الممرضين نجد أنفسنا نقوم بعمل الممرض، عمل البواب، عدم توفر الأمن وكذلك الوسائل غير متوفرة"، "هناك مواد نحتاجها ولا يوفرونها لنا ونحن بحاجة لها، توزيع الممرضين ممرض لـ 20 مريض"، "أوصلنا الفكرة في الكثير من الأحيان الوسائل غير متوفرة، مثلا الهاتف غير موجود يجب أن نتنقل شخصيا، جهاز الإعلام الآلي غير متوفر." -مبحث قال: "سنة 1977 أنشئ المركز الاستشفائي الجامعي، أنشئ لعدد معين من المواطنين، هناك عدة ولايات تابعة له، وأصبح الآن يعاني من نقص كبير، يجب بناء مركز استشفائي جديد بالمطلبات العصرية" -مبحثة قالت: "لا أدري"</p>	<p>-جميع المبحثين قالوا أنه تتم الاستشارة عن طريق المجلس العلمي الذي يُعنى به رؤساء المصالح.</p>	<p>05- مبحثين قالوا أنهم ضد أن يكون المسير غير طبيب كون الأطباء أدرى بأمر المستشفى. 06- مبحثين قالوا أنه لا يهم إن كان طبيبا أو إداريا المهم أن يكون له قدرات في تسيير المؤسسة الصحية. -مبحثة قالت: "من الأحسن تواجد الإثنين، الإداري لا يفهم مشاكل المستشفى."</p>	<p>11- مبحث وصفوا العلاقة بينهم وبين المسيرين الإداريين بأنها لا تتجاوز استخراج الأوراق الخاصة بهم. -مبحث قال: "المدير السابق كان ضد الأطباء مثلا فرض علينا تسجيل الحضور الإلكتروني، اللباس، الشارة الخاصة بالموظف، كان أكثر صرامة مع الأخصائيين لأنهم لا يحترمون الوقت، والطبيب لا يمكن أن تربطه بوقت لكن الحضور ضروري، عندما لا يتم حل مشكل داخل المصلحة يصل إلى الإدارة"</p>	<p>طبيب عام</p>

بالنسبة للأطباء الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين من خلال المقابلة تجد أنه فقد أجمع معظمهم (12 مبحوث) أن علاقتهم بالإدارة هي علاقة تقتصر على استخراج الوثائق الشخصية مثل شهادة العمل،... أو إرسال تقارير، طلب وسائل، والتي عادة ما تتماطل الإدارة في إحضارها، أو في إطار تكليف بمهمة رسمية، مبحوث قال أن هناك تماطل في إيصال المعلومة، وكان رأي 03 من الأطباء أن المسير من المستحسن أن يكون طبيبا كونه أدرى بمتطلبات الطبيب والمستشفى، بينما 05 مبحوثين قالوا من المستحسن أن يكون إداريا كونه أدرى بأمر الإدارة والتسيير لكن يجب أن يكون مكونا تكوينا خاصا بتسيير المستشفى، بينما 05 مبحوثين آخرين قالوا بأنه يجب أن يكون اثنان في التسيير إداري وطبيب، لكن مبحوث بعد استرساله في الحديث أدرك أنه سينشأ صراع في حالة وضع مسؤولين من فئتين مختلفتين في منصب مسؤولية واحد، إن الملاحظ لهذه الآراء يتبين أن هناك تباين في الآراء حول إذا ما أنه من الأحسن أن يكون المسير طبيبا أو إداريا، وهناك من يرى بضرورة جمع مسيرين من الفئتين في منصب واحد والذي سوف يخلق صراعا حول الأولوية في اتخاذ القرار، وبالتالي هناك ضرورة إيجاد هوية مشتركة للمؤسسة، حيث "ثقافة المؤسسة هي الحل الاستراتيجي للأزمة، وذلك باختيار المسيرين، للحصول على عمال ذوي هوية مشتركة والتحامهم لتحقيق أهداف محددة"<sup>1</sup>، كون هذه المؤسسة تسير دون هوية، حيث تعمل على تطبيق القرارات الوزارية، التي بدورها لا تكون وفقا لدراسة ودراية بتطبيق أهداف المركز الاستشفائي الجامعي.

إن القرارات المتعلقة بالمصالح الاستشفائية تتخذ على مستوى المجلس العلمي والذي يحضره الأطباء رؤساء المصالح، لكن وحسب رؤساء المصالح، أن هذا

<sup>1</sup> Alain beltran et Michel ruffat ; culture d'entreprise et histoire ; les éditions d'organisation ; paris ; 1991 ; p 37

المجلس لا يصل إلى قرارات مجدية، ونستطيع القول أن قراراته شكلية، إذ لا يملك الأطباء أي صلاحية من خلاله، فهم يقبلون بعروض التجهيزات والوسائل الطبية وحتى إن كانت ذات نوعية رديئة كون المناقصات تسير وفقا للأقل عرضا، كما أعطى الأستاذ رئيس المصلحة حول الخيط الذي يستخدمونه في العمليات الجراحية حيث أن المستشفى تحضر الخيط الهندي، بينما الخيط الأمريكي أحسن، كما أن الإدارة تحضر وسائل ليسوا بحاجة إليها\*، ليس هذا فحسب بل حتى وعند انتشار وباء، فإن اتخاذ الاستشارات يكون حسب الضغط الخارجي\*\*.

إن قبول الأطباء رؤساء المصالح لقرارات المسيرين الإداريين رغم كون القرارات متعلقة بالمصالح الاستشفائية يظهر بأن هناك مصالح مشتركة بين الأطباء رؤساء المصالح، والمسيرين الإداريين وهذا بخصوص توزيع السلطة، إذ أن سلطة رئيس المصلحة يستمدتها من صلاحياته، ومن دعم المسير الإداري له، فكما جاء من خلال المقابلات أن الطبيب رئيس المصلحة يمتلك صلاحيات جد واسعة داخل المصلحة\*\*\*.

أجمع الأطباء الأخصائيين أن تعاملهم مع الإدارة يكون للضرورة فقط، كون التعامل معها يخلق لهم الكثير من المشاكل كونها لا تتصل بم من أجل الاستماع إلى المشاكل التي يعانونها بل من أجل خلق المشاكل، وهذا ما ينم على وجود صراع وضغط من الإدارة على الطبيب المختص، كونها المتحكم في مراقبة

\* إن التعامل مع المنتوج الطبي الهندي لا يقتصر على مناقصة على مستوى هذا المركز الاستشفائي، وإنما خاضع لأمر سياسية وإبرام صفقات مع الدولة الهندية حتى بخصوص استيراد الأدوية، هذه المفارقة هي من بين أسباب تأخر المجال الطبي في بلادنا، حيث أن الهند ليس لها أي تصنيف في مجال الصحة العالمي.

\*\* هذا ما حدث في السنوات الأخيرة والتي ظهرت فيها العديد من الأوبئة التي تجاوزها الزمن مثل داء الكوليرا، وفي هذه السنة هناك العديد من حالات البوحمرور التي توفي جراءها العديد الأطفال.

\*\*\* حتى وإن وجدت نقائص داخل مصلحة ما ويذهب طبيب من الرتب الأخرى للشكوى فإن المسيرين الإداريين يرفضون ذلك باعتبار أن هذه من صلاحيات الطبيب رئيس المصلحة.

الحضور، والذي كما قال الأطباء تحدث بسببه الكثير من المشاكل، كون المراقبين الإداريين لا يقومون بعملهم كما يجب، مثلا الطبية التي حضرت مؤتمر وسجلت بأنها غائبة وتم الخصم من مرتبها، الأطباء الجراحين الذين قالوا بأنهم يسجلون بأنهم غائبين في حين يكونون داخل غرفة العمليات، وأيضا يتم استدعاؤهم بشأن الشكاوي التي تقدم من طرف المواطنين\*، كما أنه حين اتصالهم بالإدارة بشأن النقائص أو أمور تخص العمل فإن الإدارة ترفض الاستماع إليهم، بحجة أنه من يجب التكلم عنها هو الطبيب رئيس المصلحة فقط.

إن معظم المبحوثين - 07 من أصل 08 - أجمعوا على أن المسير الإداري يجب أن يكون من سلك الأطباء لأن الطبيب على دراية بمتطلبات المهنة، ومتطلبات المريض، باستثناء مبحوث واحد الذي قال بأنه لا يهم أن يكون طبيبا أو إداريا المهم أن يأخذ برأي المجلس العلمي، وهو رأي عقلائي، لأن المسير يجب أن تتوفر فيه الكفاءة الإدارية، ويكون على دراية بمتطلبات المستشفى.

أشارت مبحوثة أن أحد المسيرين سابقا أراد إحداث تغيير لكنهم منعه وقاموا بتهديده عن طريق حرق مكتبه، وهذا التصدي للتغيير يكون نابعا من الخوف من خسارة السلطة التي تمتلكها بعض الفئات داخل المركز الاستشفائي الجامعي، والتي يتم الحفاظ عليها ولو على حسب الهدف الأساسي وهو صحة المريض، كما أن التغيير داخل التنظيم وكما تحدث عنه ميشال كروزيه لا يحدث اعتباطيا ولا بد من إجراء تحليلي لفهم المشاكل التي يعاني منها التنظيم وكذلك مختلف الفاعلين\*\*

لقد كان رأي 17 مبحوث من الأطباء المقيمين بأن علاقتهم مع الإدارة تقتصر على استخراج الأوراق أما مبحوثة فقالت أنها تكرههم بسبب الإجراءات البيروقراطية

\*سوف نتطرق إلى هذه النقطة بالتفصيل لاحقا فيما يخص العلاقة طبيب مريض.  
\*\*انظر الفصل الثالث المتعلق بالتحليل الاستراتيجي لميشال كروزيه.

التي تعرضت لها عند تغيير مكان العمل من قسنطينة إلى المركز الاستشفائي الجامعي، والتي ترى بأن الإداريين يهينون الطبيب، والطبيب يجهل القانون لمعرفة كيفية مواجهة الإدارة، بينما قال 03 مبحوثين بأن علاقتهم بالإدارة جيدة، وقد قال 14 من المبحوثين قالوا أنه من الأفضل أن يكون المسير طبيبا لأنه أدرى بشؤون الأطباء، بينما بقية المبحوثين كان رأيهم أنه من الأفضل أن يكون مسيرا إداريا لكن يكون تخصصه إدارة المستشفيات، باستثناء مبحوثة التي أثارت نقطة الكفاءة وقدمت مثلا حول وزير الصحة بأنه طبيب ولم يقيم بالإصلاحات الضرورية.

معظم الأطباء العاميين - 11 طبيب - قالوا أن علاقتهم بالإدارة لا تتعدى استخراج وثائق، بينما مبحوث واحد تحدث عن الضغط الذي كان يعانيه الأطباء من المدير السابق، وأبدى ارتياحه من الوضعية الحالية، كون هذا المبحوث يسعى للوصول إلى منصب رئيس مصلحة ولديه تحالفات مع المسيرين الإداريين، كما أن 05 مبحوثين من أصل 12 مبحوث قالوا أنه من الأفضل أن يكون المسير الإداري طبيبا، أما 06 منهم فقد قالوا أن الإداريين أدرى بأمور التسيير، لكن مبحوثة قالت أنه من الأفضل أن يكون الإثنين إداري وطبيب، لكن نعيد طرح السؤال الذي طرحناه سابقا هو في هذه الحالة قرار من سينفذ؟

من خلال المقابلات، أجمع معظم المبحوثين أن تعاملهم مع الإدارة يكون لاستخراج وثائق إدارية شخصية فقط، وأن المشاركة في اتخاذ القرارات تكون من خلال المجلس العلمي الذي يقتصر الحضور فيه على رؤساء المصالح\*، والذي في أغلب الأحيان لا يتم اتخاذ أي قرارات من خلاله، أو اتخاذ قرارات حسب ما تفرضه الإدارة خاصة فيما يخص كمية ونوعية الوسائل، وهذا ما أثر على نوعية العلاج، وكذا الظروف البيئية التي يعاني منها المركز الاستشفائي الجامعي والذي

\* كان من الجدير برؤساء المصالح قبل الحضور إلى الاجتماع الخاص بالمجلس العلمي التنسيق مع مختلف الرتب من الأطباء داخل المصلحة، والوقوف على النقائص والمشاكل الموجودة على مختلف المستويات لتطرح خلال الاجتماع.

من المفروض أن يكون قد تجاوزها الزمن من خلال تأكيد الدراسات عليها منذ زمن بعيد، بينما هناك مجلس إداري يعقد على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي تتخذ به قرارات، لكن الأطباء ليسوا على دراية بكيفية إنشائه، ولا حتى على أعضائه، رغم أن المادة 13 من المرسوم التنفيذي رقم 97-467 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها تنص على: "يضم مجلس الإدارة الأعضاء الآتي ذكرهم: ممثل الوزير المكلف بالصحة رئيساً، ممثل الوزير المكلف بالتعليم العالي، ممثل إدارة المالية، ممثل التأمينات الاقتصادية، ممثل هيئات الضمان الاجتماعي، ممثل المجلس الشعبي للبلدية مقر المركز الاستشفائي الجامعي، ممثل المجلس الشعبي للولاية مقر المركز الاستشفائي الجامعي، ممثل الأخصائيين الاستشفائيين الجامعيين ينتخبه زملاؤه، ممثل المستخدمين الطبيين ينتخبه زملاؤه، ممثل المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه زملاؤه، ممثل جمعيات المنتفعين، ممثل العمال ينتخب في جمعية عامة، رئيس المجلس العلمي للمركز الاستشفائي الجامعي.

يشارك المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي في مداورات مجلس الإدارة بصوت استشاري ويتولى أمانة المجلس" رغم أن القانون ينص على أن المجلس الإداري يضم بين أعضائه ممثل المستخدمين الطبيين ينتخبه زملاؤه، إلا أن الأطباء لا يعلمون شيئاً عن المجلس الإداري وكيفية انعقاده.

أجمع كل المبحوثين من جميع الرتب أن المستشفى تعاني من مشاكل عديدة بسبب كون المسيرين ليسوا من سلك الأطباء، أو ليسوا على دراية بتسيير المستشفيات بشكل خاص، والتي تتمثل أساساً في نقص الوسائل والإمكانات، وحتى المتوفرة تفتقد للنوعية، كما أن هناك خلل في توزيع المهام، وهناك ضعف في إيصال المعلومة، وخلق آليات للمراقبة تتماشى وطبيعة عمل كل رتبة من الأطباء.

من خلال التحليل تبين هناك نقص كبير في التواصل، وإيصال الرسالة، فأدنى شيء الهاتف غير متوفر على مستوى المصالح، الأنترنت غير متوفرة، جهاز الحاسوب غير متوفر.

المحور السابع: علاقات العمل بين الأطباء والمرضى وجمعيات المرضى

جدول رقم 12: يوضح علاقات العمل بين الأطباء والمرضى وجمعيات المرضى

الرتب	العلاقة مع المريض	تدخل جمعيات المرضى في العلاقة طبيب مريض	تقييم عمل جمعيات المرضى
أستاذ استشفائي جامعي	<p>-بالنسبة للمصالح التي لا تتعامل كثيرا مع المريض فقد قال المبحوثون أنه لا توجد علاقة كبيرة نتعامل مع المرضى من أجل اللقاح، وإذا كان وباء نتصل بالمصالح الأخرى</p> <p>-أما بالنسبة للمصالح التي تتعامل مباشرة مع المريض فقد قال الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين أن هدفهم هو معالجة المريض " نحن هنا من أجلهم، الهدف الأسمى هو معالجتهم، أي طبيب لما يرى أن المريض تشافي هذا هو المبتغى، نحن نتعامل مع الأطفال على أساس أولادنا، هنا في المصلحة وفرنا مختصة في علم النفس تهتم بالمرضى خاصة ذوي المرض المزمن، نحاول توفير مكان للدراسة، لدينا تعهد من مديرية التربية، هناك من اجتاز الامتحان هنا ونجح، لدينا غرفة للعب، نحتفل معهم في أعيادهم.</p> <p>مبحوثة أخرى قالت: " يجب أن تعرفي كيف تتعاملين</p>	<p>- نفى 08 مبحوثين أي تدخل لجمعيات المرضى، أو أية صلة بهم.</p> <p>-كانت إجابة 05 مبحوثين بأن هناك تدخل للجمعيات لكن في إطار محدود، مثلا بالنسبة لمصلحة طب الأطفال تكون هناك نشاطات للأطفال " في كل المناسبات خاصة 01 جوان، نحن نقوم بالاحتفال للمرضى ولنا لتبقى علاقة طيبة، نكرم المتقاعدين، نكرم أطباء قاموا بأعمال جيدة، تشجيع الأطفال في المجل العلمي مثلا أحسن رسم للطفل"</p> <p>- قال مبحوث آخر "هناك جمعية أصدقاء المريض ( مرضى سرطان الدم) تقدم مساعدات في التحاليل والأشعة وتوفر الإقامة للمرضى الذين يأتون خارج الولاية.</p> <p>-مبحوث آخر قال: " يعرفون فقط الختان بالنسبة لي الختان ليس مرض، هناك حالات تحتاج التدخل لكن لا يقومون بذلك."</p>	<p>- اتفق المبحوثون أن عمل الجمعيات قليل جدا</p> <p>- حيث قالت مبحوثة: " عمل الجمعيات قليل، عملت في قسنطينة هناك نشاط كبير لها، مثلا جمعية خاصة بمرضى فقر الدم هنا في باتنة لا توجد بناتا، الجمعيات تستطيع أن تؤثر على القرارات، من المفروض أن الجمعيات تؤثر على قرارات الوزارة، مثلا جمعيات السرطان تحركوا قليلا اعتبروا مرضهم مزمن، وأصبحوا يحضرون لهم الدواء مجانا، لكن ليس لها وقع في مجال نشاطها."</p> <p>-قال مبحوث آخر: " يقومون بهذا العمل ( والذي يقصد به إحضار الأطفال للختان) من أجل التغطية عن ميزانيتهم التي يتم استغلالها لأغراض أخرى لا علاقة لها بالمرضى."</p>



		<p>معهم"</p> <p>-لكن هذا لا يفي وجود صراع بين الطبيب والمريض أو وليه، حيث قالت مبحوثة:" أحيانا أتشاجر معه، عندما يناقشك كثيرا ويحاول فرض ما يجب تقديمه له"</p> <p>- قال مبحوثون آخرون:" في بعض الأحيان المريض إذا نجحت العملية يقبل، وإذا لم تتجح تجد نفسك أمام العدالة."</p> <p>-هناك مبحوث آخر تكلم على صراع بسبب النقائص المتواجدة على مستوى المستشفى قال:" يحدث صراع مع أولياء المرضى بسبب تأخر التشخيص، أحيانا الأشعة غير موجودة، نقص الإمكانيات التقنية لإجراء التحاليل، وأحيانا الدواء غير موجود، أحيانا نحضر الدواء من مستشفى آخر أو نرسل المريض للخوارج لتعويض النقص أو لاستعجال التشخيص"</p>	
<p>04- أطباء أخصائيين أشادوا بعمل الجمعيات الخاصة بمرضى السرطان وبالمجهودات التي يقومون بها- سواء كانوا ينتمون إلى هذه المصلحة أم لا- لكن قالوا أن عمل الجمعيات عموما لا يزال يعاني نقضا كبيرا .</p> <p>04- أطباء المتبقين رفضوا تقييم عمل الجمعيات كون أن لا صلة لهم</p>	<p>04- مبحوثين قالوا بأن ليس لهم أي علاقة بجمعيات المرضى وأنهم لا يتعاملون معهم بتاتا.</p> <p>-مبحوثة:"أحيانا، يحضرون لنا مرضى، أو حالات ختان، ويحضرون الهبات"</p> <p>03- مبحوثين:"نعم، هناك</p>	<p>-كل المبحوثين وصفوا علاقتهم بالمرضى عموما بالجيدة والطيبة، إلا أن هناك بعض الاستثناءات مبحوث:"علاقة جيدة، لكن هناك من يقلقك، هناك من يستعجلون نتيجة الدواء، هناك من يفهمون أن مجرد دخوله</p>	<p>طبيب مختص</p>

<p>بهم.</p>	<p>علاقة بجمعيات المرضى، لكنها لا تتدخل في عملنا" مبحوثة: "عن طريق المساعدة: سيارات إسعاف، مأوى، الجمعيات يعملون مع الأطباء الذين يعملون مع المريض، يساعدون المرضى في شراء الأدوية، يدفنون المرضى، يتصلون بالمتبرعين بالدم، حريصين على المريض أكثر من بعض الأطباء" مبحوث: "هناك جمعيات الهيموفيليا، السرطان، تساعد المرضى الذين ليس لديهم إمكانيات" مبحوثة: "هناك جمعيات تتصل بنا من أجل جراحة الأطفال، نقوم بها، ونعطي لهم أولوية، ونسهل لهم أمورهم نظرا لوضعيتهم الاجتماعية، لكن أحيانا تستغل هذا الوضع وبعد إجراء العملية، وحضور الأولياء نكتشف أنهم ليسوا حالات اجتماعية معوزة"</p>	<p>إلى المستشفى يجب أن يعالج، خاصة إذا كان الاختصاص خارج اختصاصنا، من المفروض المؤسسات الأخرى مثلا نقاوس... يرسلون لنا حالات لا تحتاج بتاتا أن تكون في المستشفى الجامعي بالتالي يكون ضغط" مبحوثة: "علاقة جيدة، لكن هناك من يرفع صوته، لكن عندما أرفع صوتي أنا أيضا يهدأ" مبحوثة: "هناك ظلم يتسلط على الطبيب مثلا حين وفاة المريض، هناك من يقوم بالتشهير وتهديد الطبيب، خاصة منذ مجيء الوزير الأسبق استهزأ بالأطباء، وكان يحرص المريض ضد الطبيب." مبحوثة: "نادرا ما تحدث مشاكل لكن ليس كثيرا"</p>	
<p>13- مبحوث رفضوا تقييم عمل الجمعيات. 08- مبحوثين قالوا أن هناك جمعيات نشيطة، لكن لا يزال البعض منها يعاني من نقص المتطوعين.</p>	<p>13- مبحوث قالوا أنه ليس هناك تدخل لجمعيات المرضى وأنه لا تربطهم بها أية علاقة. 08- مبحوثين قالوا أن هناك تدخل للجمعيات في إطار تقديم المساعدات المادية وتوفير المتبرعين بالدم.</p>	<p>18- مبحوث قالوا أن علاقتهم بالمرضى جيدة. -مبحوثان قالوا أنها عادية علاقة طبيب ومريض يحتاج للعلاج. -مبحوثة: "على حسب خاصة في الاستعجالات هناك مرضى يأتوننا بعنف"</p>	<p>طبيب مقيم</p>

	مبحوثة قالت: "أحيانا يتدخلون في أمور ليس لهم علاقة بها، يوصلون فكرة سيئة للمريض، يتكلمون عن سمعة الطبيب"		
09- مبحوثين رفضوا تقييم عمل هذه الجمعيات. -مبحوثة قال: "جيد، فعال لو يجدون هم الدعم" -مبحوث: "هناك جمعيات تنشط 100% وهناك أخرى تنشط 50%. -مبحوث: "توجد جمعيات تقوم بأعمال كبيرة مثلا جمعية أصدقاء المريض، وجمعيات أخرى لا تتدخل سوى في المناسبات"	08- مبحوثين قالوا أن ليس لهم أي علاقة أو تواصل مع جمعيات المرضى. 04- مبحوثين قالوا أن هناك بعض الجمعيات مثلا جمعية مرضى القلب، السرطان، السكر هي التي تنشط، لكن لا تتدخل في علاقة الطبيب بالمريض ولكنهم يقدمون مساعدات مثلا توفير الإقامة للمرضى الذين يأتون من خارج الولاية، توفير بعض الأدوية النادرة، توفير الأكسجين، لكن مبحوثة واحدة قالت: "يساعدون بالوسائل، لا يعملون معنا مباشرة، مثلا عندما يكون فقير نقول له أنه هناك جمعيات هو من يتصل بها"	10- مبحوثين قالوا أن علاقتهم جيدة مع المرضى. -مبحوثين قالوا على حسب، مبحوثة: "إذا كان ارتاح المريض للطبيب، هناك من البداية من ليس له تقبل للطبيب، كذلك أهل المريض هناك من نواجه مشاكل معهم"، مبحوث: "على حسب أهل المريض (المريض طفل صغير) لدينا جميع الأشكال نتعامل معهم، لا يقدرين الطبيب، منذ حضور الوزير السابق أفسد الأمور بين الأطباء والمرضى، كل مرة يحدث مشكل جديد"	طبيب عام

أجمع معظم الأطباء بأن علاقتهم بالمريض هي علاقة جيدة في الحالات العادية، لكن هناك صراع وخلاف يحدث بين الطبيب والمريض أو أهله في حالة عدم نجاح العملية حيث قالوا أنهم يتعرضون للشكوى على مستوى المصالح الأمنية ويتعرضون للمساءلة القانونية، وهذا ما أشرنا إليه سابقا أن مكانة الطبيب في العالم كله لم تعد كما كانت في القديم، حين كان الطبيب مقدسا وكل ما يقوله أو يفعله لا يناقش، لكن الآن أصبح الطبيب يتعرض للمساءلة، حتى أنه يتعرض لمناقشة

طبيعة الدواء الذي يقدمه من قبل المريض\*، وهذا بسبب فقد الثقة بين الطبيب والمريض، كذلك الأخطاء الكثيرة التي تحدث في التشخيص، وقد أرجع الأطباء ذلك أيضا إلى القوانين التعسفية وتحريض المرضى ضد الأطباء من قبل وزير الصحة السابق.

يدخل الطبيب في صراع مع المريض أو أهله بسبب أن المريض يستعجل العلاج، والمستشفى تفتقر للوسائل مثلا عدم توفر الدواء، أو الأشعة، وهي أسباب خارجة عن صلاحيات وإمكانات الطبيب، وهن نعود إلى نقطة عدم توفير الإدارة للأدوية الضرورية سواء بسبب سياسة التقشف التي فرضت على التنظيمات، أو بسبب عدم دراية المسيرين بالأولويات.

طبيبين مقيمين قالوا أن العلاقة بالمريض هي علاقة طبيب بمريض أي في إطار تقديم العلاج فقط\*\*

إن العلاقة طبيب مريض لا تحمل فقط الصراع، وإنما هناك علاقة تنسج بين بعض الأطباء والمرضى، حتى أن الطبيب يصبح يعرف المريض، وظروفه العائلية، ويتصرف معه على هذا الأساس وهذا ما لاحظناه من خلال شبكة الملاحظة التي أجريت خلال معالجة طبيبين لمجموعة من المرضى، والتي سوف نتطرق إليها لاحقا.

ليس هذا فحسب بل أصبح الطبيب يتعرض أيضا للعنف اللفظي، وأيضاً الجسدي، خاصة أثناء المناوبة الليلية هذا العنف الذي يكون بكثرة في مصلحة الاستعجالات، لكنه ليس مقتصرًا عليها، إذ قال الأطباء في فترة قيامنا بالدراسة الميدانية أن طبيعة تعرضت للضرب من طرف ولية طفل، والطبيبة هي من أودع شكوى ضد والدة المريض.

\*\* إن التعامل مع المريض دون الشعور بالعلاقة الإنسانية يعود إلى عدة أسباب منها أن طلبه الطب اختاروا هذا التخصص نتيجة لرغبة الأولياء ولثقافة المجتمع الجزائري التي ترى بأن دراسة الطب سوف تمكنه من اكتساب مكانة اجتماعية سواء بالنسبة للطالب أو لأولياته، ما جعل الكثيرين يدرسون هذه المهنة دون رغبة ودون هدف إنساني، هذه النظرة نجدها تتلاشى عند بعض الأطباء خاصة الأساتذة الذين وصلوا إلى تحقيق الذات وخلق مكانة مهنية واجتماعية، والذين يتميزون بالتواضع في تعاملهم مع المرضى ومع الموظفين بصفة عامة، الذي اكتسبوه من خلال الرقي في العلم، والدرجات المهنية، كذلك من خلال الاحتكاك، حيث قال أحد الأطباء الأساتذة "كنت متعجرف ومتكبر، لكن بعد لقائي بأحد أكبر الأطباء الفرنسيين في ملتقى انعقد بتونس، وقد كان بالنسبة لي قدوة، ورأيت تواضعه، وكيفية تعامله، أدركت أهمية ذلك." كما قالت طبيبة أستاذة: "المريض هو سبب تواجدها هو، هو سبب نجاحنا وارتقائنا"

أما بخصوص علاقة الأطباء بجمعيات المرضى فهي علاقة سطحية، إذ أنها غالباً ما تتعدم، فتدخل الجمعيات داخل المركز الاستشفائي الجامعي يقتصر على بعض الجمعيات مثل جمعية مرضى السرطان، جمعية مرض السكر، جمعية خاصة بالأطفال، لكن تدخل هذه الجمعيات يقتصر فقط على تقديم بعض المساعدات المادية من دواء، وإقامة للمرضى - بالنسبة لجمعية مرضى السرطان - وتقديم هدايا للأطفال في الأعياد والمناسبات، كما أن هناك تدمر من بعض الأطباء الذين قالوا أن هناك جمعيات تستغل المرضى من أجل الحصول على تمويل وميزانية، وفي رأيهم هذه الميزانية تستغل لأغراض أخرى، كما أن هناك جمعيات كما قالت طبيبة جراحة تحضر مرضى على أساس أنهم معوزين ونعطيهم أولوية بعده يتبينون أنهم من عائلات جد ميسورة، كما أن هناك جمعيات تعمل على التشهير بطبيب معين وتحريض المريض، عموماً فإن الأطباء كان رأيهم بأن عمل الجمعيات لا يزال ينقصه الكثير، كما أنهم يستغلون المريض.

إن رفض معظم الأطباء تقييم عمل الجمعيات، وقولهم بأنه لا تربطهم بهم أية علاقة، يبين لنا واقع عمل هذه الجمعيات وكذلك غياب فاعليتها ودورها داخل المركز الاستشفائي الجامعي.

**تفريغ وتحليل البيانات الخاصة بشبكة الملاحظة حول العلاقة بين الطبيب والمريض:**

### 1- شبكة الملاحظة 1:

أجريت الملاحظة يوم 2018/10/28 ابتداءً من الساعة التاسعة والنصف

صباحاً وكانت النتائج حسب الشبكة التالية:

## شبكة ملاحظة خاصة بالعلاقة بين الطبيب والمريض

التاريخ: 2018/10/28 التوقيت: من 09:30 إلى 11:36 : المصلحة: جراحة الأظفل الغرفة: غرفة الطبيب رئيس المصلحة جنس المريض: 04 أنثى، 05 ذكر الحالة: هناك من أجروا العملية، وهناك من سوف يجريها لاحقاً رتبة الطبيب: طبيب جراح أستاذ استشفائي جامعي .

بعد مهنية العلاقة		بعد المعاملة			بعد التواصل		
التكرار	سلم الشبكة	المؤشرات	التكرارات	سلم الشبكة	المؤشرات	التكرارات	المؤشرات
02:05 سا، بمعدل 14 دقيقة للمريض الواحد	مدة الفحص	الفحص	02	حضور الابتسامة	حميمية العلاقة	03	نبرة الصوت
21 سواء بالفحص المباشر، أو الاطلاع على التحاليل وملف الطبيب	دقة الفحص		02	مناداة المريض بالاسم		05	عادية
09	اعطاء فرصة وتمتع للمريض		05	اظهار معرفة الطبيب له		00	باردة
09	يلامس الطبيب المريض		09	الاهتمام بالمريض		01	حادة
09	يسمح للمريض بالشكوى	الحديث عن المرض	01	مصافحة المريض	المسافة النفسية الاجتماعية	00	لغة فصحي
09	يتحدث بأريحية معه عن مرضه		06	مدى القرب الجسدي		09	عامية
05	يشدد على النصح والارشاد		09	اظهار الاهتمام بشخص المريض		00	فرنسية
02	يساعد المريض عند الطلب		00	التمعن في النظر لوجه المريض		00	متخصصة
00	ينبه الممرضين بعناية المريض	ممارسة الصلاحيات	09	يريح المريض بالكلام	الحالة عند اللقاء	09	لفظي
00	يراقب نظافة المكان		09	يتعامل معه برفق		01	بالاشارة
00	يراقب جيدا بطاقة متابعة المريض		09	ينسج علاقة معه		00	من خلال الممرض
00	يحرص على مراقبة الطعام		00	يتحفظ كليا معه		09	مباشر

ملاحظات:

- 1- أجرى الفحوصات طبيب وحده .
- 2- غياب الممرض داخل قاعة العلاج .
- 3- لقد تم فحص المرضى لأزمة متفاوتة وذلك حسب حالة المريض، تم فحص 09 مرضى، أي بمعدل 14 دقيقة للمريض الواحد.

للإشارة أن الطبيب يتعامل أكثر مع الولي، كون المريض طفل صغير، حيث كانت نبرة صوته بين الدافئة والعادية، باستثناء ولي مريض واحد حيث في البداية كانت النبرة دافئة للتحويل إلى حادة لأن الطفل أجريت له عملية من طرف طبيب آخر خارج المركز الاستشفائي الجامعي وهذا الطبيب أجرى العملية وهي ليست من اختصاصه، وأجراها بطرق خاطئة، ليطلب منه الولي أن يجري لابنه العملية، لكنه قال أن ليس هناك مكان في المستشفى وأنه ينتظر طويلا، ليقول له أن يذهب إلى زميل له بمستشفى مدينة مروانة، وقام بالاتصال هاتفيا بالطبيب الجراح وأوصى بالمريض على أساس أنه معرفته الخاصة، وأعطى له الطبيب الآخر موعد خلال شهر نوفمبر، أما فيما يخص التواصل فإن الطبيب يتواصل ببساطة وبلغة عامية ومباشرة مع غياب الابتسامة باستثناء حالتين، لكنه يتعامل بهدوء وأريحية مبديا الاهتمام بالمريض حيث يريحه بالكلام، ويتحدث بأريحية عن المرض والمريض، حيث يشرح للولي كيفية التعامل مع ابنه بالتدقيق معطيا النصائح والإرشادات، كما أن هناك حالة لمريض نصح الولي بأن لا يجري العملية لابنه لأنها لا تستدعي تدخلا جراحيا، كما أنه ينسج علاقة مع المريض، هناك طفل خضع لعملية وأحضره جارهم من أجل المراقبة الطبية، سأل الطبيب الطفل عن دراسته فقال أنه لم يعد بعد، شدد على ضرورة عودته للدراسة، مكلما الجار لأنه إن لم يرسلوه لكي يدرس لن يعالجه مرة ثانية، ليقول له أنه في المرة المقبلة يجب أن يحضره الأب، مشددا مرة أخرى على ضرورة عودته للدراسة، في هذه الأثناء استقبل اتصال هاتفى من أحد أولياء المرضى والذي كان من معارفه، قال له "انتظر حتى يحين دورك"، أما بخصوص تقديم المساعدة عند الطلب فبالإضافة إلى الحالة التي تكلمنا عنها في البداية، أحضر ولي ابنه من مدينة سطيف، والتي كان من المفروض أن تجرى له عملية على مستوى مستشفى سطيف، لكن هذه الأخيرة أُغلقت بسبب الأشغال والتي



سوف تستمر لمدة طويلة على حسب الولي، بعد اطلاعه على التحاليل والأشعة قال أن حالته ليست خطيرة وسوف يجري له العملية خلال شهر أو شهرين، باعتبار أن هناك حالات أخرى أخطر بكثير.

خلال الفحص أتى مجموعة من الأطباء الجراحين لاستشارته بخصوص مجموعة من الحالات، ومن بينهم حالة موجودة بمصلحة أمراض الدم قال للطبيبة انه سيزوره حينما ينتهي.

للإشارة أن هذا الطبيب رئيس المصلحة يعتبر قدوة في التواضع وتسيير المصلحة باعتباره رئيس مصلحة حيث أن معظم المصالح التي تمت بها الدراسة فإن الأطباء يقدمونه كمثال في الإنصاف والمساواة بين الأطباء والتسيير الجيد للمصلحة وكذلك التواضع، والذي تحدثنا عنه سابقا حين أجرينا معه مقابلة.

## 2-شبكة الملاحظة 2:

أجريت الملاحظة يوم 2018/10/30 ابتداء من الساعة العاشرة وواحد

وثلاثون دقيقة صباحا وكانت النتائج حسب الشبكة التالية:

شبكة ملاحظة خاصة بالعلاقة بين الطبيب والمريض

شبكة ملاحظة خاصة بالعلاقة بين الطبيب والمريض

التاريخ: 2018 /10/30 التوقيت: من 10:31 إلى 13:25 : المصلحة: أمراض الكلى العرقة: تم الفحص في غرفة بالطابق الأول بمبنى الاستجالات الطبية القديمة جنس المريض: 11 أنثى، 10 ذكر الحالة: كل الحالات تعاني من أمراض الكلى، منهم من أجريت له زراعة الكلى، ومنه من لم تجرى له بعد رتبة الطبيب: طبيب جراح أستاذ استشفائي جامعي + طبيبتين من طلبة الطب سنة سادسة.

بعد مهنية العلاقة		بعد المعاملة			بعد التواصل			
التكرار	سلم الشبكة	المؤشرات	التكرارات	سلم الشبكة	المؤشرات	التكرارات	سلم الشبكة	المؤشرات
08	مدّة الفحص	الفحص	21	حضور الإبتساماة	حميمية العلاقة	02	دافئة	نبرة الصوت
21	دقة الفحص		02	مناداة المريض بالاسم		19	عادية	
21	اعطاء فرصة وتمتع للمريض		13	اظهار معرفة الطبيب له		00	باردة	
	يلامس الطبيب المريض		04	الاهتمام بالمريض		00	حادة	
21	يسمح للمريض بالشكوى	الحديث عن المرض	01	مصافحة المريض	المسافة النفسية	00	لغة فصحى	اللغة المستخدمة
21	يتحدث بأريحية معه عن مرضه		00	مدى القرب الجسدي	الاجتماعية	21	عامية	
03	يشدد على النصح والارشاد		21	اظهار الاهتمام بشخص المريض		00	فرنسية	
04	يساعد المريض عند الطلب		21	التمعن في النظر لوجه المريض		00	متخصصة	
00	ينبه الممرضين بعناية المريض	ممارسة الصلاحيات	21	يريح المريض بالكلام	الحالة عند اللقاء	21	لفظي	نوع التواصل
00	يراقب نظافة المكان		21	يتعامل معه برفق		00	بالإشارة	
00	يراقب جيدا بطاقة متابعة المريض		00	ينسج علاقة معه		00	من خلال الممرض	
00	يحرص على مراقبة الطعام		00	يتحفظ كليا معه		21	مباشر	

## ملاحظات:

- 1- أجرى الفحوصات طبيب بمساعدة طالبتين من السنة السادسة طب، اللتان كانتا تتلوان على الطبيب نتائج التحاليل ومحتوى ملف المريض.
- 2- غياب الممرض داخل قاعة العلاج إذ اقتصر عمل الممرضة على إدخال المرضى وهي متواجدة في مكتب آخر.
- 3- لقد تم فحص المرضى لأزمة متفاوتة وذلك حسب حالة المريض، تم فحص 21 مريض، أي بمعدل 08 دقائق و 30 ثانية تقريبا للمريض الواحد.

أجرى الطبيب الفحوصات بمساعدة طالبتين سنة سادسة طب تجريان التريص بالمصلحة، وقد كانتا تساعدان الطبيب من خلال قراءة نتائج التحاليل.

استخدم الطبيب نبرة صوت عادية مع أغلب المرضى (19 مريض) واستخدام نبرة دافئة مع حالتين كبيرتين في السن، للإشارة فإن نبرة صوت الطبيب في معاملته العادية هي هادئة مع استخدامه لعبارات اللباقة في تعامله مع المرضى\*.

استخدم الطبيب لغة عامية مع كل المرضى، وهذا يدل على حرصه على إيصال المعلومة وشرح الحالة للمريض والإجراءات التي يجب القيام بها، خاصة وأن المرضى مصابين بالقصور الكلوي، ومنهم من سوف يخضع لعملية زرع الكلى.

رغم وجود الطالبتين اللتان تساعدان الطبيب (في نفس الوقت هو عبارة عن تكوين لهما) إلا أنه حريص على التواصل المباشر مع المريض، مع حضور الابتسامة في تعامله مع المرضى، كما أنه نادى مريضتين باسمهما، إضافة إلى أنه أظهر معرفة كبيرة بثلاثة عشر مريض، حتى أنه على دراية بتفاصيل عن حياتهم الشخصية، كما أبدى اهتمامه بأربعة مرضى من خلال حرصه على حالتهم الصحية ومجريات بحثهم عن متبرع بالكلية بين أفراد عائلتهم، هذا من ناحية ومن ناحية ثانية فهو يهتم بشخص المريض من خلال اهتمامه بشتى التفاصيل سواء المتعلقة بالمرض أو المتعلقة بالحالة العائلية والوضعية الاجتماعية للمرضى، وكذلك بالحرص على التأمين للمرضى، كما أن الطبيب تعامل مع جميع المرضى برفق.

\* إن استخدام الطبيب عبارات اللباقة موجود في جميع علاقاته، وهذا ما لاحظناه من خلال الاجتماع الذي يعقده مع الأطباء، وكذلك تعامله مع مختلف العاملين داخل المصلحة.

أما مدة الفحص فكانت مرتبطة بالاطلاع على التحاليل والملف الطبي، وفي بعض الحالات يكون فحص مباشر لحالة المريض، كما أنه يعطي الفرصة وامتسع من الوقت للمريض ليتحدث عن مرضه، كما أن هناك حالات تتحدث عن وضعيتها الاجتماعية، كما أن المريض الذي وصفه له متوفر على مستوى المصلحة فإنه يرسله للحصول عليه.

إن هذا الطبيب من الأطباء الذين يجمع بين الأهداف الشخصية والإنسانية والتنظيمية، كونه من ناحية يحقق ذاته من خلال تفرد به بخاصية وهي إجراء عمليات زرع الكلى، والشهرة التي تحصل عليها، إضافة إلى العائد المادي كون هذا النوع من العمليات لديها ميزانية خاصة خارج الراتب الشهري، ومن ناحية أخرى فهو يقوم بتقديم خدمة العلاج للمريض بطريقة إنسانية، وهذا ما لمسناه من خلال تواجدهنا بالمصلحة لعدة فترات، ومن ناحية ثانية فهو يسعى لتوسيع المصلحة، وهذا من شأنه أن يساهم في تطوير التنظيم\*

\* هذا الهدف الذي من المفروض أن يكون من أولويات الأهداف التنظيمية التي ترسمها الإدارة، لكن وكما جاء في المقابلة التي أجريت مع مديرة الموارد البشرية فإن رسم إستراتيجية للأهداف التنظيمية غائب تماما.

## 2- نتائج الدراسة

من خلال تحليل البيانات يمكن جمع النتائج التي توصلت إليها الدراسة في:

### المحور 01-02:

- تباين الانتماء إلى الريف أو المدينة، -ولو أن نسبة الأطباء التي تعود أصولهم إلى الريف قليلة -إلا أنه لا يمكن تجاهلها- يؤدي إلى اختلاف في الثقافة، واختلاف في الطموح من خلال مجابهة العراقيين التي تقف أمام كل فئة.

- إن الطموح والعراقيين التي يواجهها الأطباء يؤثر عليها أيضا عامل الجنس إذ تتباين على حسب ما إذا كان ذكرا، أو أنثى، ويتحكم في طموح هذه الأخير مجموعة من العوامل أولها الحالة العائلية، والكفيل بتحديد كل طموحها تسلط الرجل على المرأة عند الطبيبات، إذ لا تزال الطبيبة تعاني من أجل تحقيق طموحها المهني من المسؤولية الأسرية الكبيرة الملقاة على عاتقها، وكذلك عدم حررتها في التنقل، إذ أن الزوج يقف أمام تنقل الزوجة للمشاركة في الملتقيات والمؤتمرات سواء داخل الوطن أو خارجه، وهذا غير مرتبط بالمستوى التعليمي أو مجال عمل الزوج، لأن هناك من هن متزوجات من أطباء ولديهن هذا الإشكال، إذ أن الطبيبة هي الأخرى تعاني من الهيمنة الذكورية السائدة في المجتمع الجزائري والتي لا تقتصر على فئة معينة.

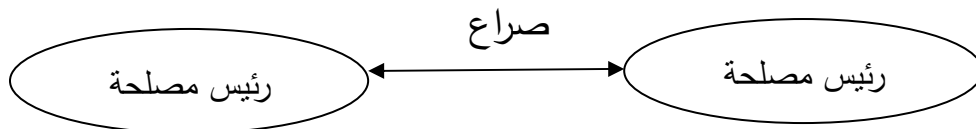
- إن القوانين التي سنت لصالح المرأة ورغم أن كل فئات المجتمع تقول أن هناك حريات كبيرة أعطيت للمرأة من خلال هذا القانون، إلا أننا لا نجد أن

لها التأثير الكبير، مقارنة بتأثير العادات والتقاليد، والتنشئة الاجتماعية للمرأة التي تجعلها تخضع للرجل.

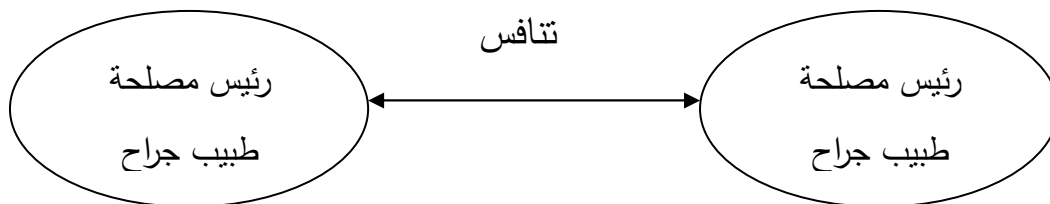
- إن التفاعل والعلاقات بين الأفراد لا تخضع لاتجاه واحد وإنما يخضع للظروف والمواقف ولأهداف الأفراد سواء كانت هذه الأهداف متصلة بزمن قريب أو بعيد.

### المحور 03:

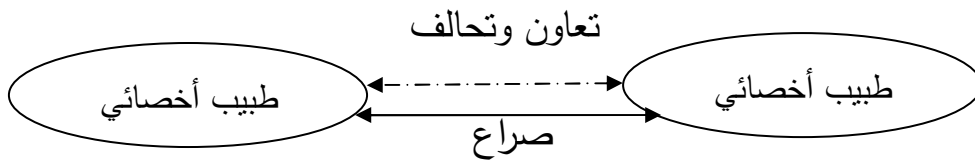
- يوجد صراع بين الأطباء الأساتذة رؤساء المصالح، خاصة فيما يخص استقبال المرضى، لأن كل مصلحة ترى بأنها على علم بحالة المريض وتوجيهه لمصلحة أخرى، وهذا سوف يؤثر لا محالة على المريض الذي يرسل من مصلحة إلى أخرى سواء في نوعية التشخيص، أو العلاج، وكذلك الوقت الضائع لتقديم العلاج، إذ أن فارق التوقيت والتماطل قد يؤدي بمضاعفات أخرى، وحتى إلى موت المريض.



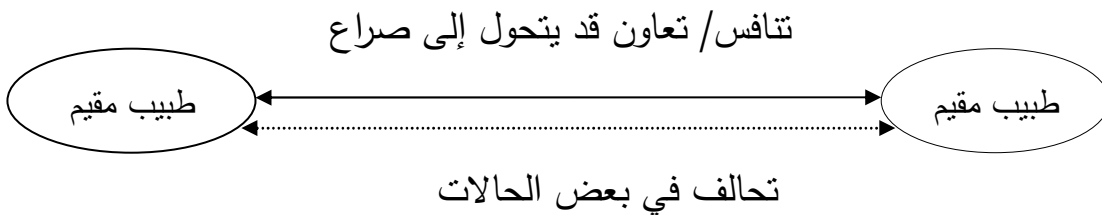
- يوجد تنافس بين بعض رؤساء المصالح خاصة الجراحين حول إبراز مكانتهم داخل المركز الاستشفائي الجامعي، وإجراء العمليات الجراحية النوعية وكذلك طبيعة تسيير المصلحة.



- يوجد تعاون وتحالف بين الأطباء الأخصائيين داخل نفس المصلحة، بخصوص إجراء العمليات، أو الاستشارة في التشخيص، كما يوجد صراع بخصوص المناوبة وبرنامج إجراء العمليات، وكذلك هناك صراع خارج المصلحة خاصة مع الأخصائيين في الأشعة.



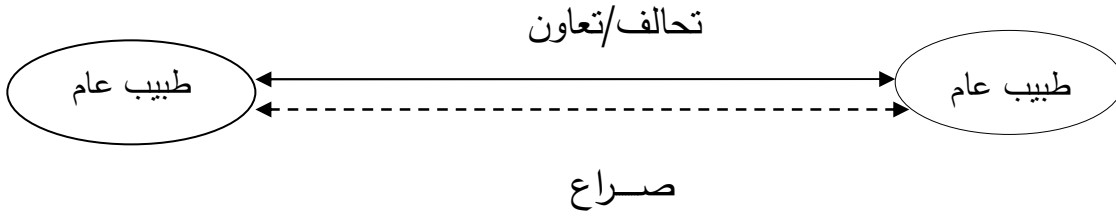
- يوجد تنافس بين الأطباء المقيمين بخصوص تقديم الدروس والامتحانات، ويوجد تعاون فيما يخص تقسيم تحضير الدروس لإنقاص العبء، وفي بعض الحالات يترتب صراع بين المجموعة المتعاونة بسبب إهمال أو عدم إتقان عنصر من عناصر المجموعة لتحضير الدروس المعني بها، كما يوجد في بعض الأحيان تحالف ضد الطبيب الأستاذ وهذا يكون عند بعض الأطباء المقيمين الذين يكونون على درجة كبيرة من التحالف.



- يطغى على العلاقات بين الأطباء العامون التحالف والتعاون، أكثر من الصراع وهذا ما لمستته الدراسة من خلال أن هذه الفئة هي أكثر مرونة فيما يخص المناوبة، والاستشارة حول المرضى، وهذا يعود إلى وضعية هذه الرتبة من الأطباء -تعتبر الرتبة الأخيرة في التصنيف- باعتبار أن المؤسسة

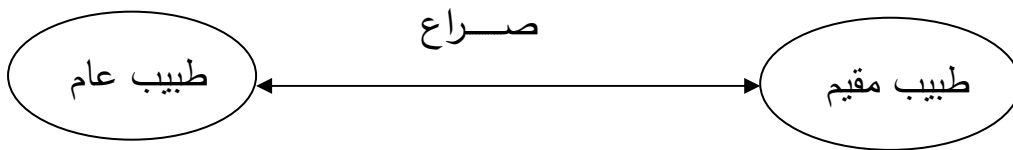


هي استشفائية جامعية، وهذا ما يجعل الاختصاص والبحث العلمي يأتي في المقدمة، كذلك هناك تحالف بين هذه الفئة إذا ماتعلق الأمر بالوقوف ضد فئة الاختصاصيين.

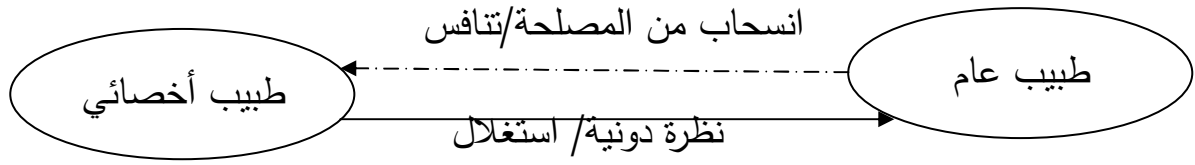


#### المحور 04:

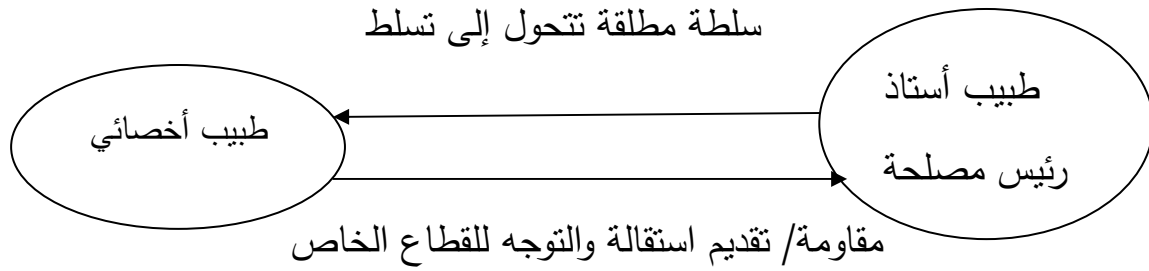
- هناك صراع بين فئة الأطباء المقيمين والأطباء العامون بسبب معاملة الأطباء المقيمين للأطباء العامين بأنهم أعلى منهم رتبة، واعتبار الأطباء العامون أنهم على دراية علمية وميدانية أكبر منهم، خاصة وأن معظم الأطباء المقيمين انتقلوا مباشرة من طبيب عام إلى طبيب مقيم، وأن كل الأطباء المقيمين أقل سنا من الأطباء العامون.



- وجود نظرة دونية للأطباء العامون من قبل الأطباء الأخصائيين، جعلتهم يخلقون استراتيجيات لمواجهة هذه النظرة، مثلا العمل في المصالح التي بها الأطباء العامون فقط، المشاركة في المسابقات لإتمام الاختصاص، أو الحصول على شهادات لها علاقة بالمجال الإداري للحصول على مناصب إدارية داخل المستشفى.



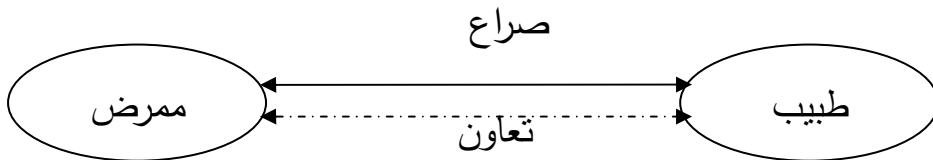
- يوجد صراع بين الأطباء الأخصائيين والأطباء الأساتذة خاصة رؤساء المصالح كونهم يمتلكون صلاحيات واسعة وبالتالي سلطة للتحكم في السيرورة المهنية للأطباء الأخصائيين، هذا ما يفسر العدد القليل للأطباء داخل مركز استشفائي جامعي، مما يدفعهم إلى الاستقالة وفتح عيادات خاصة، وهذا ما يفسر وجود عدد قليل من الأطباء الأخصائيين في مستشفى جامعي، والذي يفترض تواجد هذه الفئة بعدد أكبر بكثير.



### المحور 05:

إن العلاقة طبيب ممرض تحكمها مجموعة من العوامل أبرزها:

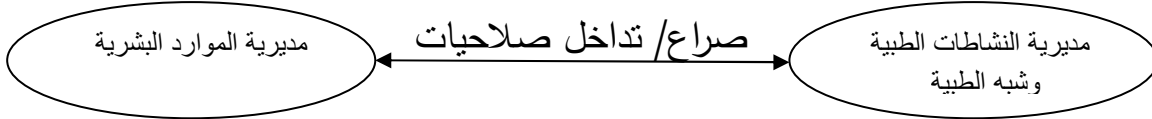
- أقدمية الممرض داخل المصلحة، هذا الأخير الذي يصبح يمتلك سلطة وتأثير داخل المصلحة، والتي يستغلها ضد الطبيب خاصة إذا ما كان هذا الأخير يمتلك خبرة أقل.
- يمكن للمرض أن يضغط على الطبيب في بعض الحالات مثلا عندما يرفض الطبيب كتابة عطة مرضية للممرض أو أحد أقربائه، فتكون المعاملة بالمثل عندما يحضر الطبيب أحد أقربائه للمصلحة، ويتطلب تدخل الممرض.
- هناك تجادل بين الممرض والطبيب، من جهة يرى الطبيب أن أغلبية الممرضين يجهلون عملهم، وهناك تماطل في تقديم العلاج الذي يقدمه للمريض، من جهة أخرى يرى الممرض أن الكثير من الأطباء يتميزون بالتسلط والتكبر، كما أن هناك منهم من يجهل التعامل مع حالات المرضى ويستخدم نوعية دواء واحدة في جميع الحالات.



### المحور 06:

- إن وجود مديرتين متوازيتين على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية يسيرها طبيب مسؤول عن شبه الطبيين، ومديرية الموارد البشرية التي تسيرها خريجة من المدرسة العليا

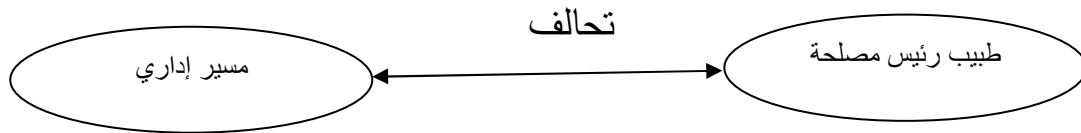
للإدارة، والتي تعنى بتسيير كل الموارد البشرية للمركز الاستشفائي الجامعي أدى إلى تداخل صلاحيات المديريتين وخلق صراع حاد بين المديريتين.



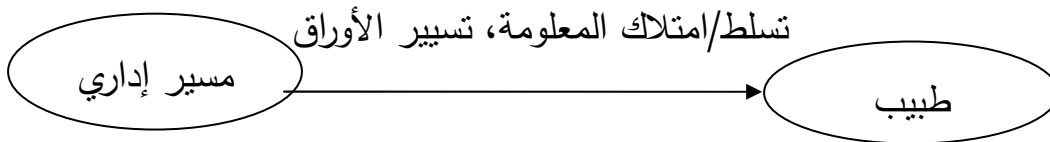
- جميع الأطباء يشكون من عدم توفير الإدارة للوسائل الطبية، رغم أن توفير الوسائل يكون من خلال اجتماع المجلس العلمي للمركز الإستشفائي الجامعي الذي يحضره رؤساء المصالح، لكن بالنسبة للنوعية يتم اختيار العرض الأقل تكلفة، وحتى وإن كان لا يتوفر على مواصفات جيدة، وفي غالب الأحيان يكون الممول هو واحد، لذلك يجب إعادة النظر بالنسبة للصفقات التي تبرم مع المؤسسات الأجنبية، وفتح المجال للمنافسة، لأن هذه الصفقات خاضعة لأمر سياسية، فالملاحظ أن تمويل الوسائل الصحية والأدوية أصبح حكراً على دولة واحدة وهي الهند، رغم أن الأطباء يقولون أن هناك منتجات أكثر منها جودة متوفرة في السوق العالمية، وهذا ما أشارت إليه الدراسة في الإشكالية من خلال تدخل العديد من القوى في تسيير المراكز الاستشفائية العمومية.

هذا من ناحية النوعية، لكن معظم الأطباء قالوا بأن هناك من الوسائل المتوفرة لا تخدم المركز الاستشفائي الجامعي، وليسوا بحاجة إليها، وهذا ما يدفعنا بالقول بأن هناك تحالف بين المسيرين الإداريين ورؤساء المصالح، الذين يوافقون على إحضار هذه الوسائل، والتي تضمن لهم مصالح خارجية، وبالمقابل منحهم

صلاحيات واسعة في تسيير المصلحة التي تمكنهم من سلطة أكبر تفرض على جميع الأفراد داخل المصلحة.

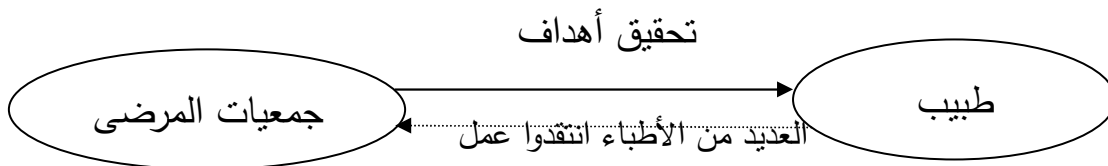


- يتم استخدام السلطة الإدارية في التسلط على الطبيب، والذي هو حسب رأي الأطباء يعود إلى عدم معرفة المسيرين الإداريين لحيثيات عمل الطبيب، أو عقدة النقص، وفي هذه الحالة حسب كروزييه يجب أن يتعلق التفكير الأول الواجب اتخاذه بالموارد التي يشكلها الموظفون، حيث ينبغي تغيير طريقة تفكير نخبة الإداريين الذين يشرعون في الإحساس بحالة دونية في التطور الثقافي.



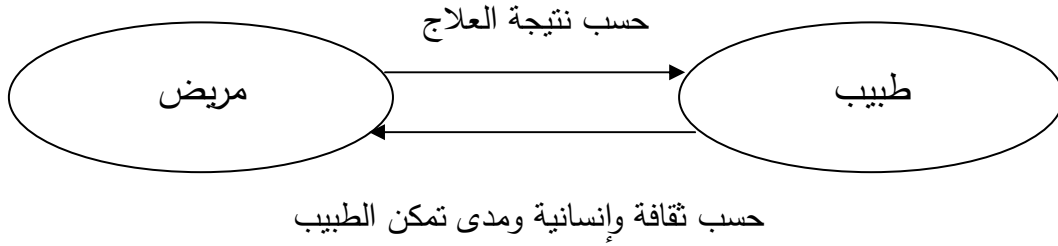
### المحور 07:

- يقتصر دور الجمعيات داخل المركز الاستشفائي الجامعي على تقديم بعض المساعدات المادية، كما أن بعض الجمعيات تقوم باستغلال وضعية المرضى من أجل بلوغ أهداف أخرى.



الجمعيات وفضلوا التعامل مباشرة مع المريض

- إن العلاقة طيبب مريض تخضع لرتبة الطيبب، وكذلك لتعامل المريض مع الطيبب (العصبية،...) وكذلك لنتيجة العلاج، وهناك من الأطباء من يتعامل مع المريض على حسب ميزاجيته.



### 3- نتيجة عامة

- تتحكم عدة قوى في تسيير المركز الاستشفائي الجامعي، قوى سياسية، اقتصادية، اجتماعية...
- إن سبب فشل القطاع الصحي في الجزائر وبقائه يعاني لا يعود فقط إلى السياسة المتبعة، وتدخل الكثير من القوى لتسييره، وإنما إلى ثقافة الطبيب الذي يفتقد إلى روح التنافس، وتعلم الجديد، والتكوين الذاتي.
- إن الصراع بين الأطباء داخل وخارج المصالح سوف يؤدي إلى فقد العلاقة الإنسانية التي يتطلب توفرها في العلاقة طبيب مريض، حيث أنه سوف يؤثر لا محالة على نوعية العلاج المقدم له وكذا الوقت الذي يجب أن يقدم له هذا العلاج، الذي سوف يؤثر على صحته بل وعلى حياته.
- هناك نظرة دونية من قبل بعض الأطباء للمرضين
- إن الصراع بين الطبيب والممرض يكون ضحيته المريض.
- نوعية التكوين الذي يتلقاه الطبيب المقيم يؤثر على مستوى الأطباء الأخصائيين وبالتالي سوف يؤثر على المريض.
- إن التوظيف المباشر للممرضين، جعلهم يستهترون في التكوين، وبالتالي سوف يؤثر على نوعية عملهم بعد التخرج.
- لقد أكد كروزيهه كما اشرنا إليه سابقا أنه ينبغي للدولة المتواضعة الاستثمار في النوعية والتسويات الجديدة للمجتمع. في الحقيقة، تتطلب النوعية أو الجودة أولا الاستثمار في تحويل النخبة بحيث تصبح أكثر انفتاحا وتلعب دور الاستكشاف والتطور بطريقة أحسن، وهي أدوار مرتبطة بالنجاح الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع.
- تفتقر المؤسسات الاستشفائية الجامعية للشروط الفيزيكية التي من المفروض أن تتوفر في أي مؤسسة، كيف إذا تعلق الأمر بمؤسسة صحية تفتقر لأدنى

شروط النظافة، والإضاءة، والحرارة، و... هذه الظروف التي تحدثت عنها الدراسات الأولى للتنظيمات مدرسة العلاقات الإنسانية ( تجارب هاوثرن 1927-1932) وأثبتت ضرورتها، وتجاوزتها إلى أن هناك عوامل أخرى للتحفيز، كما أن تقسيم العمل داخل المستشفى والذي كانت الدراسات فيه سابقة لدراسة الظروف الفيزيائية والتي قام بها فريديريك تايلور، ليس بالنجاعة وبالمنطقية التي تضمن السير الحسن للمؤسسة، مما يدفعنا إلى القول بضرورة تطبيق نتائج الدراسات الأولى في التنظيمات والتي من المفروض أنها أبجديات قيام التنظيمات، لتجاوزها بدراسات أخرى تعمل على الدفع بنجاعة وتطور التنظيمات.

إن تجاوز وضعية المراكز الاستشفائية وحسب كروزيه والتي تؤيده الدراسة يتطلب:

- تنظيم ذاتي إلى أن يصبح المتعلم والمريض المساعد فعلا من جديد زبائن للمصلحة و ليس فقط مجرد مسيرين.
- في هذه الفلسفة، يعد التغيير والتطور النوعي لنظام التعليم العالي حلا للمعضلة، وسيكون الاستثمار المصيري الوحيد لمستقبل مجتمع ما بلا شك هو الاستثمار في المعارف.
- لابد من استكمال التفكير في القرارات بتفكير ثان يتعلق بتقييم العمل، لتغيير النظام لا يجب فقط إجراء تبادل أفكار تفكير جديد ولكن تبادل تطبيقات التحكم والمراقبة مع تطبيقات تقييم النتائج التي ترسخ واقع الخدمة المنجزة والزيون المسير بحيث نستفيد في مركز ألعاب القوى بين الموظفين.
- للتوصل إلى دولة متواضعة، لابد من تغيير الحالة الذهنية للمستخدمين. ويتطلب إصلاح النظام الإداري أولا تغييرا جذريا في تسيير المستخدمين لأن الإدارة وقبل أي شيء عبارة عن أشخاص تربط بينهم قوانين وعادات.



- وعليه يجب أن تقوم كل إستراتيجية يراد بها تغيير الدولة على منح الأولوية للاستثمار في الموارد البشرية، فالإنعاش يأتي من معرفة واقع ونتائج العمل.

## خاتمة

في خاتمة هذه الدراسة يمكن القول أن علاقات العمل للأطباء لا تخضع فقط للصفة الرسمية المهنية التي تخضع للقوانين، وإنما تخضع هي الأخرى للاحتكاك والتفاعل اليومي سواء كان ذلك فيما بينهم - العلاقة طبيب طبيب - أو بينهم وبين المرضى، أو بينهم وبين المسيرين الإداريين، أو بينهم وبين المرضى.

إن انطلاق هذه الدراسة كانت نتيجة لخصوصية وحساسية الدور الذي يقوم به الطبيب باعتباره دورا إنسانيا بالدرجة الأولى يتعامل مع آلام وحياة الأفراد، في مقابل وجود أهداف شخصية يسعى إلى تحقيقها، خاصة وأنه لطالما دفعت الذات البشرية بالشخص للسعي وراء تحقيقها حتى أنه وعبر التاريخ كانت المقولة المشهورة الغاية تبرر الوسيلة سائدة ولا يزال الكثيرون يعتقدون بها، ليس هذا فحسب إذ هناك مؤثر آخر ألا وهو تواجده ضمن تنظيم يفرض القوانين الإدارية التي قد تكون تخدم الهدف الإنساني لقيام المستشفى ألا وهو صحة وحياة الأفراد، أو كما يحدث داخل المراكز الاستشفائية الجزائرية التي هي عبارة عن هياكل لا تزال تخضع للسلطة المركزية، وللقرارات السياسية، وعدم العقلانية في التسيير والتقييم، والتكوين، ...

إن كل هذه التداخليات إضافة إلى خصوصية المراكز الاستشفائية الجامعية التي تحوي رتب مختلفة للأطباء من أطباء أساتذة أخصائيين استشفائيين، أطباء أخصائيين، أطباء مقيمين، أطباء عامون، جعلت منها مراكز للصراعات بين هذه الفئات - هذا دون إغفال جوانب التعاون لكن لا تكاد تكون فعالة موازاة مع هذه الصراعات-، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن ثقافة الإداريين وباقي الفئات كالمرضيين لا تزال تعتبر الطبيب عدوا لها ومنافسا على جميع الأصعدة.

في خضم هذه التناقضات نجد المريض هو من يدفع الفاتورة غالية رغم مجانية الصحة في الجزائر، فحتى الجمعيات التي من المفروض أن تكون داعما للمريض فهي شبه غائبة، والكثير من المتواجدة منها تسعى لتحقيق أهداف أخرى بعيدا عن المريض.

هناك نقطة أيضا لا بد من النظر فيها، ألا وهي مسألة تكوين الأطباء الذي لا يزال هو الآخر يعاني الكثير بسبب الاستهتار وعدم تقديم المعلومة، وعدم مواكبة الأطباء للتطورات العلمية، فكيف يمكن أن نتحصل على طبيب كفاء دون تكوين هذا مع غياب الروح الإنسانية وثقافة العمل الجاد وجودة تقديم الخدمة.

## الببليوغافيا

### أولاً- قائمة المراجع باللغة العربية

1-آلان توران، نقد الحداثة، ترجمة أنور مغيث، مصر، المجلس الأعلى للثقافة، 1997.

2-آلان سوينغود، النظرية في علم الاجتماع، ترجمة السيد عبد العاطي السيد، مصر، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة، 2005.

3-إبراش إبراهيم، علم الاجتماع السياسي، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، 1998.

4-الأودن سمير عبد السميع، مسؤولية الطبيب الجراح وطبيب التخدير ومساعدتهم مدنيا وجنائيا وتأديبيا، الاسكندرية مصر، المعارف، 2004

5-أحمد الأصفر ، أديب عقيل، دراسات معاصرة في علم الاجتماع - علم اجتماع التنظيم ومشكلات العمل - منشورات جامعة دمشق، كلية الآداب والعلوم إنسانية قسم علم الاجتماع، 2012.

6-أحمد عيسى بك، تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ط1، بيروت، دار الرائد العربي، 1981.

7-ألفين توفلر، تحول السلطة - المعرفة والثروة والعنف على أعتاب القرن الحادي والعشرين - ترجمة لبنى الريدي، الجزء الأول، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1995.

8-أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي، ليلي أبو حسين، علم اجتماع الصحة، الطبعة الأولى، عمان الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع 2002.

- 9- أسامة عدنان يحي، السحر والطب في الحضارات القديمة، الطبعة الأولى عمان، دار أمواج للطباعة و النشر، 2015.
- 10- ببير بورديو، الرمز والسلطة، ترجمة عبد السلام بن عبد العالي، الطبعة الثالثة، الدار البيضاء المغرب، دار توبقال للنشر، 2007.
- 11- ببير بورديو، جان كلود باسرون، إعادة الإنتاج - في سبيل نظرية عامة لنسق التعليم - ترجمة ماهر تريمش- الطبعة الأولى، بيروت لبنان، مركز دراسات الوحدة العربية، 2007.
- 12- بيار أنصار، العلوم الاجتماعية المعاصرة، ترجمة نخلة فريفر، الطبعة الأولى، بيروت، المركز الثقافي العربي، 1992.
- 13- بدر سعد عيد مرسي ، الإيديولوجيا ونظرية التنظيم - مدخل نقدي - الطبعة الثانية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2000.
- 14- جمال فزة، سوسيولوجيا التنظيمات أسس واتجاهات، الطبعة الأولى، المغرب، دار أبي رقرق للطباعة والنشر، 2013.
- 15- جون سكوت، خمسون عالما اجتماعيا أساسيا -المنظرون المعاصرون- ترجمة محمود محمد حلمي، الطبعة الأولى، بيروت لبنان الشبكة العربية للأبحاث والنشر، 2009.
- 16- حجيبة رحالي، الصراع في المؤسسات - وجه من أوجه العنف الكامن في المجتمع - الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2012.
- 17- حريستاني حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات، السعودية، معهد الإدارة العامة، 1990.
- 18- طلال بن عايد الأحمدي، التنظيم في المنظمات الصحية، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة مركز البحوث، 2011.

- 19- طلعت إبراهيم لطفي، كمال عبد الحميد الزيات، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، الطبعة الأولى، القاهرة، دار غريب، دون سنة نشر.
- 20- كلود ليفيك وآخرون. الجماعة - السلطة والاتصال - ترجمة نظير جاهل، الطبعة الثانية، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، بيروت لبنان 1996.
- 21- كريمة صافر، مقدمة في علم الاجتماع، الجزائر، النشر الجامعي الجديد، 2016.
- 22- كريب إيان، النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس، ترجمة محمد حسين غلوم، الكويت، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1999.
- 23- محمد عبد الكريم الحوراني، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع الطبعة الأولى، اريد الأردن، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، 2008.
- 24- محمد عبد الكريم الحوراني، تأويل الاستغلال في نظرية علم الاجتماع - العناصر التكميلية لنظرية سوسيولوجية في الاستغلال- عمان الأردن دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، 2010.
- 25- ماجدة العطية، سلوك المنظمة سلوك الفرد والجماعة، عمان الأردن، دار الشروق، 2007.
- 26- ميشيل فوكو ، دروس ميشيل فوكو - 1970، 1982- ترجمة محمد ميلاد، الطبعة الأولى، المغرب الدار البيضاء، دار توبقال للنشر، 1988.
- 27- محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، الطبعة الرابعة، عمان الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2015.
- 28- محمد علي محمد، دراسة في علم الاجتماع التنظيم، الطبعة الثانية، مصر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1975.

- 29- محمد علي محمد، علم الاجتماع والمنهج العلمي -دراسة في طرائق البحث وأساليبه - الاسكندرية، 1983.
- 30- معن خليل عمر، نظريات معاصرة في علم الاجتماع، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، 1997.
- 31- محمد عبيدات وآخرون، منهجية البحث العلمي - القواعد والمناهج والتطبيقات - الطبعة الثانية، الأردن، دار وائل للطباعة والنشر، 1999.
- 32- محمود سلامة محمد غباري، أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2003.
- 33- محمد الصادق عفيفي، تطور الفكر العلمي عند المسلمين، القاهرة مكتبة الخانجي، 1976-1977.
- 34- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الجزائر دار كتامة للكتاب، 2008.
- 35- السيد الحسيني، النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم، الطبعة الثانية مصر، دار المعارف، 1975.
- 36- السيد علي شتا، التفاعل الاجتماعي والمنظور الظاهري، الطبعة الأولى، الاسكندرية، المكتبة المصرية، 2000.
- 37- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الطبعة الأولى، عمان، دار الشروق، 2006.
- 38- عدلي محمود السمري، رولا عودة السوالقة، علم الاجتماع الاكلينيكي - المجالات. المستويات. الأدوات. المداخل- الطبعة الأولى، عمان الأردن دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2015.
- 39- علي الشرقاوي، العملية الإدارية -وظائف المديرين- الاسكندرية دار الجامعة الجديدة الأزاريطة، 2002.

- 40- عبد اللطيف حسين فرج ، الفرد وما يحتاجه، عمان الأردن، دار  
الحامد للنشر والتوزيع، 2007.
- 41- عبد العالي دبله، مدخل إلى التحليل السوسولوجي، الجزائر  
منشورات مخبر المسألة التربوية في الجزائر في ظل التحديات الراهنة،  
منشور رقم 2، جامعة محمد خيضر بسكرة. دار الخلدونية للنشر والتوزيع،  
2011.
- 42- عبد الحميد قرفي، الإدارة الجزائرية - مقارنة سوسولوجية - الطبعة  
الأولى، القاهرة مصر، دار الفجر للنشر والتوزيع، 2008.
- 43- عبد الكريم شحادة، الكتاب الطبي الجامعي - صفحات من تاريخ  
التراث الطبي العربي الإسلامي - بيروت، أكاديمية للنشر والطباعة  
2005.
- 44- عز الدين حروزي، المسؤولية المدنية للطبيب أخصائي الجراحة في  
القانون الجزائري والقانون المقارن، الجزائر، دار هومة للنشر والتوزيع  
2008
- 45- عبد الخالق جلال الدين، طريقة العمل مع الحالات الفردية ( خدمة  
الفرد) نظريات وتطبيقات، الطبعة الأولى، الإسكندرية مصر، دار الوفاء  
لدنيا الطباعة والنشر، 2009.
- 46- عبد الباسط عبد المعطي، اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، الكويت  
عالم المعرفة، 1981.
- 47- عمران كامل محمد، المدارس الاجتماعية المعاصرة، الجزء الأول  
سوريا، منشورات جامعة دمشق كلية الآداب والعلوم الإنسانية، 2003.



- 48- عبد الله محمد عبد الرحمن، النظرية في علم الاجتماع - النظرية السوسيولوجية المعاصرة - مصر، دار المعرفة الجامعية، 2002
- 49- عبد القادر عبد الله عرابي، المناهج الكيفية في العلوم الاجتماعية الطبعة الأولى، دمشق، دار الفكر، 2007.
- 50- علي غربي وآخرون، أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية، الجزائر جامعة منتوري قسنطينة، 1999.
- 51- عامر مصباح، علم الاجتماع الرواد والنظريات، الطبعة الأولى الجزائر، شركة دار الأمة، 2010.
- 52- عبد الرحيم العطري، الحركات الاحتجاجية بالمغرب - مؤشرات الاحتقان ومقدمات السخط الشعبي-، الرباط المغرب، دفاتر وجهة نظر 2008.
- 53- علي السلمي ، تطور الفكر التنظيمي، القاهرة، دار غريب، دون سنة نشر.
- 54- عامر النجار، في تاريخ الطب في الدولة الإسلامية، الطبعة الثانية القاهرة، دار المعارف للنشر، 1994.
- 55- عبد العزيز بن عبد الله العرب، الجودة الشاملة في إدارة المستشفيات 1429هـ.
- 56- فضيل دليو، أسس البحث وتقنياته في العلوم الاجتماعية - 130 سؤالاً وجواباً - ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، المطبعة الجهوية قسنطينة، دون سنة نشر.
- 57- فيليب كابان، جان فرنسوا دورتيه ، علم الاجتماع من النظريات الكبرى إلى الشؤون اليومية أعلام وتواريخ وتيارات، ترجمة إياس حسن، الطبعة الأولى، سوريا، دار الفرقد دمشق، 2010.

- 58- فاروق مداس، التنظيم وعلاقات العمل، الجزائر، دار مدني، 2002.
- 59- فيليب ديريبارن، منطق الشرف - إدارة المؤسسات والتقاليد الوطنية - ترجمة موسى زاوي، الطبعة الأولى، الجزائر، الدار الجزائرية، القاهرة مصر، دار الفجر للنشر والتوزيع.. سنة 2015.
- 60- فيليب جونز ، النظريات الاجتماعية والممارسة البحثية، ترجمة محمد ياسر الخواجة، مصر العربية للنشر والتوزيع، 2010.
- 61- فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الطبعة الأولى، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2007.
- 62- صيام شحاتة، النظرية الاجتماعية من المرحلة الكلاسيكية إلى ما بعد الحدائة، الطبعة الأولى، مصر العربية للنشر والتوزيع، 2009.
- 63- روبرت أ.دال، التحليل السياسي الحديث، ترجمة علاء أبو زيد، الطبعة الخامسة، القاهرة مصر، مركز الأهرام للترجمة والنشر، 1993.
- 64- ريمون بودون، رينوفيول، الطرائق في علم الاجتماع، ترجمة مروان بطش، الطبعة الأولى، بيروت لبنان، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2010.
- 65- ريمون بودون، أبحاث في النظرية العامة في العقلانية - العمل الاجتماعي والحس المشترك- ترجمة جورج سليمان، الطبعة الأولى، بيروت، المنظمة العربية للترجمة، 2010.
- 66- رعد حسن الصرن ، نظريات الإدارة والأعمال، الطبعة الأولى سوريا، دار الرضا، 2004.
- 67- راغب السرجاني، قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية الطبعة الأولى، القاهرة، مؤسسة إقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، 2009.

- 68- ريمون بودون، موضع الفوضى، ترجمة منصور القاضي، الطبعة الأولى، لبنان، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 1999.
- 69- توماس شيلينج، استراتيجية الصراع، ترجمة نزهت طيب وأكرم حمدان، الطبعة الأولى، بيروت لبنان، الدار العربية للعلوم ناشرون، الدوحة قطر، مركز الجزيرة للدراسات، 2010.
- 70- تيرنر جونثان، بناء نظرية علم الاجتماع، ترجمة محمد سعيد فرح، الطبعة الثانية، الإسكندرية، منشأة المعارف، 2000.
- 71- خليل محمد حسن الشماع، حمود خضير كاظم، نظرية المنظمة، الطبعة الأولى، عمان الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة 2000.

#### ثانيا: قائمة المراجع باللغة الأجنبية

- 1- Alain beltran et Michel ruffat ; culture d'entreprise et histoire ; les éditions d'organisation ; paris ; 1991.
- 2- Henry Mintzberg, pouvoir et gouvernement d'entreprise , 2004, éditions d'organisation, Paris France.
- 3- Jak jabs. Gestion stratégique internationale.economica Paris 1988.
- 4-
- 5- Michel Crozier, Erhard Friedberg. L'acteur et le système. Editions du Seuil. 1977.
- 6- Michel crozier, le phénomène bureaucratique, éditions du seuil, France, 1963
- 7- Michel crozier, état modeste état moderne, éditions Fayard, paris, France, 1987
- 8- Michel crozier , Samuel P. Huntington, Joji Watanuki, The crisis of democracy, the trilateral commission, library of congress, 1975.
- 9- Marchesnay Michel. Management stratégique. Edition ADREG. Paris. 2004.

- 10- Philippe Bernoux, la sociologie des organisations, troisième édition, Paris, imprimerie Héressey évneux, 1990.
- 11- Patrice bonnewitz. Premières leçons sur la sociologie de P. Bourdieu. Presses universitaires de France. 2<sup>e</sup> édition.1998.
- 12- Raymond Boudon, individualisme et holisme en sciences sociales, édition PFPS, Paris,1991

### ثالثا: قائمة المقالات

- 1-رفيق قروي، في سوسولوجيا علاقات العمل، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، سطيف، العدد 15. 2012/07/01.
- 2-مهدي لعموري، نزاعات العمل في المؤسسة الصحية الجزائرية: دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد عناية، عناية، مجلة التواصل في العلوم الانسانية والاجتماعية، عدد 47 سبتمبر 2016
- 3-جبار محفوظ، بومعروف إلياس، دور محاسبة التكاليف الاستشفائية في الرقابة على المستشفيات العمومية الجزائرية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد 2011/05.
- 4-سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية في المستشفيات الجزائرية مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع،السداسي الثاني 2009.
- 5-بوحنية قوي، حسيني محمد العيد، السياسة العامة الصحية في الجزائر- دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012-  
المجلة الجزائرية للدراسات السياسية،المجلد 01 العدد 01، 2014.

### رابعا: قائمة المقالات باللغة الأجنبية

- 1- Saoud Hicham. La contribution de l'analyse sociologique de Michel crozier au management public. Document préparé dans le cadre du séminaire RECEMAP-IAE Lyon 02-03 juin 2005. Laboratoire de recherche en management.

### خامسا: قائمة المحاضرات باللغة الأجنبية

- 1- Caroline manville, maitre de conférence GRH-IAE, cours IAQ IFS, maxime marenno ; France 2013.

### سادسا: قائمة المواقع الإلكترونية باللغة الأجنبية:

- 1- Rémi bachelet, l'analyse stratégique des projet, mise à jour du 12/03/2013.
- 2- [www.feedo.net/medicalencyclopedia/medicalservices/hospitals/html](http://www.feedo.net/medicalencyclopedia/medicalservices/hospitals/html) vue le 29/12/2018 19:29.
- 3- [www.djazairss.com/elmassa/61937](http://www.djazairss.com/elmassa/61937) vue 11/03/19 à 21:28.

### سابعا: قائمة المعاجم

- 1- أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان 1978.
- 2- جيل فيريول ، معجم مصطلحات علم الاجتماع، ترجمة أنسام محمد الأسعد، الطبعة الأولى، بيروت، دار ومكتبة الهلال، 2011.
- 3- عمر أحمد مختار، معجم اللغة العربية المعاصرة، المجلد الأول، الطبعة الأولى، مصر، عالم الكتب القاهرة، 2008.
- 4- ريمون بودون ، بوريكود فرانسوا، المعجم النقدي لعلم الاجتماع. ترجمة سليم حداد، الطبعة الأولى، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 1986.

### ثامنا: قائمة الرسائل باللغة العربية

- 1- وهيبه روابح، إشكالية الصدق الإمبريقي لأطروحات ميشال كروزيه - دراسة ميدانية بمؤسسة نافطال بسكيكدة- مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في تنمية وتسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري قسنطينة، 2008/2007.

2- ليندة العابد، النسق القيمي للإدارة وعلاقته بتوجيه الفعل التنظيمي - دراسة ميدانية بمركب النسيج E.A.TIT باتنة - أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم علم الاجتماع تخصص تنظيم وعمل جامعة الحاج لخضر باتنة قسم علم الاجتماع سنة 2011-2012.

3- منية غريب، علاقات العمل والتعلم الثقافي بالمؤسسة الصناعية الجزائرية دراسة ميدانية بمركب أسميدال عنابة أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع، جامعة منتوري قسنطينة 2006/2007.

4- سعد بشاينية، تنظيم القوى العاملة بالمؤسسات العامة الصناعية الجزائرية رسالة دكتوراه دولة منشورة. معهد علم الاجتماع، جامعة قسنطينة. 1994-1995.

5- علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 2007/2008.

6- ريمة أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية، أطروحة دكتوراه ل م د في علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، 2017/2018

#### تاسعا: قائمة الرسائل باللغة الفرنسية

1- Ghrissi Larbi. Le management des ressources humaines dans l'hôpital public cas chu d'Oran. Thèse de doctorat en sciences commerciales. Université d'Oran faculté des sciences économique des sciences de gestion et des sciences commerciales. 2011-2012 .

#### عاشرا: قائمة المؤتمرات

1- إبراهيم بولفل، التنظيم البيروقراطي في المؤسسة الحكومية الخدماتية الجزائرية، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية - نحو أداء متميز في القطاع الحكومي - السعودية، معهد الإدارة العامة، 1-4 نوفمبر 2009.

#### إحدى عشر: قائمة الوثائق والسجلات

- 1- الجريدة الرسمية العدد 17 صادر بتاريخ 25 أبريل 1990
- 2- المرسوم التنفيذي رقم 97-467 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.
- 3- المرسوم التنفيذي رقم 97/465 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 والذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها
- 4- الجريدة الرسمية رقم 33، المؤرخة في 03 جمادى الأولى عام 1428هـ، الموافق لـ 20 ماي 2007م

الملاحق



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة 01

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

## استمارة مقابلة خاصة بالأطباء

في إطار دراسة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل.م.د في علم الاجتماع تخصص تنظيم وعمل

### بعنوان

تحليل علاقات العمل للأطباء من منظور المدخل الاستراتيجي

دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة

تحت إشراف:

..

من إعداد الطالبة:

أ.د/خشمون محمد

عواج طهيرة

**ملاحظة:** المعلومات الموجودة في هذه الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

المحور الأول: بيانات عامة حول المبحوث

- 1-الجنس: .....
- 2-السن: .....
- 3-الحالة العائلية: .....
- 4-الموطن الأصلي: .....
- 5-مكان الإقامة: .....

المحور الثاني: معلومات حول المنصب

- 6-الرتبة التي تنتمي إليها:  
.....
- 7-ما هو نوع الاختصاص ( إذا كان الطبيب مختص):  
.....
- 8- هل لديك شهادات أخرى:  
.....
- 9-ما هو تاريخ التحاقك بالمنصب:  
.....

11- هل استفدت من ترقية؟

<input type="checkbox"/>	نعم
<input type="checkbox"/>	لا

12- إذا كانت الإجابة بنعم على أي أساس تمت ترقيةك؟

.....  
.....  
.....

13- إذا كانت الإجابة بلا لماذا؟

14- فيما يتمثل طموحك المهني؟

15- كيف تسعى للوصول إليه؟

16- هل هناك عراقيل تقف أمام تحقيق طموحك؟

17- هل تمارس أنشطة أخرى خارج الدوام الرسمي بالمستشفى؟

نعم

لا

أحيانا

18- إذا كانت الإجابة بنعم أو أحيانا ما نوع هذه الأنشطة؟

المحور الثالث: علاقات العمل داخل الرتبة الواحدة للأطباء

19- كيف تصف علاقتك بزملائك الأطباء المنتميين لنفس الرتبة في العمل؟

.....  
.....  
.....  
20- في أي وضعيات يكون التعاون؟

.....  
.....  
.....  
21- في حال تعرض زميل لك إلى مشكلة داخل المستشفى كيف تتصرف اتجاه هذه المشكلة؟

.....  
.....  
.....  
22- في أي وضعيات يكون التنافس؟

.....  
.....  
.....  
23- متى يكون الخلاف خلال علاقة العمل؟

.....  
.....  
.....  
24- كيف يتم معالجة الخلاف أثناء العمل؟

المحور الرابع: علاقات العمل بين الأطباء المنتمين لرتب مختلفة

25- صف لي علاقتك بالأطباء المنتمين خارج رتبتك

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

26- في أي وضعيات يكون التعاون؟

.....  
.....  
.....

27- في أي وضعيات يكون التفاس؟

.....  
.....  
.....

28- متى يكون الخلاف خلال علاقة العمل؟

.....  
.....  
.....

29- كيف يتم معالجة الخلاف أثناء العمل؟

.....  
.....  
.....

المحور الخامس: علاقات العمل بين الأطباء والممرضين

30- ما هي علاقتك بالممرضين؟

.....  
.....  
.....  
31- هل تحدث خلافات مع الممرضين؟

.....  
.....  
.....  
32- ما هي طبيعة هذه الخلافات؟

.....  
.....  
.....  
33- كيف تتم معالجتها؟

.....  
.....  
.....  
المحور السادس: علاقات العمل بين الأطباء والمسيرين الإداريين

34- ما هي طبيعة علاقتك مع المسيرين الإداريين؟

.....  
.....  
.....  
35- كيف ترى جعل تسيير الإدارة من قبل غير الأطباء؟

.....  
.....  
.....  
36- هل يقوم المسيرين الإداريين باستشارتكم حين اتخاذ أي قرارات تتعلق بالمصلحة؟

نعم

لا

37- إذا كانت الإجابة بنعم كيف تتم الاستشارة؟

.....  
.....  
.....

38- إذا كانت الإجابة بلا لماذا؟

.....  
.....  
.....

39- هل يقوم المسييرين الإداريين باستشارتكم حين اتخاذ أي قرارات تتعلق بالمؤسسة؟

نعم

لا

40- إذا كانت الإجابة بنعم ماهي طبيعة القرارات التي تتم استشارتكم بشأنها وكيف تكون هذه الاستشارة؟

.....  
.....  
.....

41- إذا كانت الإجابة بلا لماذا؟

.....  
.....  
.....

42- ماهي المشاكل التي تعاني منها بسبب تسيير المستشفى من قبل إداريين خارج سلك الطب؟

.....  
.....  
.....

المحور السابع: علاقات العمل بين الأطباء و المرضى وجمعيات المرضى

43-كيف تصف علاقتك بالمرضى؟

.....  
.....  
.....

44-هل تتدخل جمعيات المرضى في علاقاتكم مع المرضى؟

نعم  
 لا

45-إذا كانت الإجابة بنعم كيف يكون هذا التدخل؟

.....  
.....

46-ماهي طبيعة علاقتكم بجمعيات المرضى؟

.....  
.....  
.....

47-كيف تقيم عمل هذه الجمعيات؟

.....  
.....  
.....



## دليل مقابلة مع شبه الطبيب

- 01- الجنس: .....
- 02- السن: .....
- 03- الرتبة: .....
- 04- كيف تقوم بتقديم الدواء للمريض؟  
.....  
.....  
.....  
.....
- 05- هل يمكن أن يطلب منك الطبيب تقديم الدواء شفويا؟  
.....  
.....  
.....
- 06- كيف تتم توزيع مهام الممرضين على حسب الرتبة؟  
.....  
.....  
.....  
.....
- 07- إذا لم تقدم الدواء للمريض في وقته المحدد ماذا تفعل؟  
.....  
.....  
.....  
.....

08- كيف يتصرف معك الطبيب في حالة عدم تقديمك للدواء في وقته

المحدد؟

.....  
.....  
.....  
.....

09- صف لي معاملة الطبيب لك؟

.....  
.....  
.....  
.....

10- هل خلقتم آليات فيما بينكم للمقاومة؟

.....  
.....  
.....  
.....

11- كيف تؤثر علاقتك بالطبيب على أدائك لعملك؟

.....  
.....  
.....  
.....

شبكة ملاحظة خاصة بالعلاقة بين الطبيب والمريض

التاريخ: ...../...../..... / التوقيت: الساعة..... : المصلحة..... الغرفة..... جنس المريض ..... الحالة ..... رتبة الطبيب.....

بعد مهنية العلاقة		بعد المعاملة		بعد التواصل	
المؤشرات	سلم الشبكة	المؤشرات	سلم الشبكة	المؤشرات	سلم الشبكة
نبرة الصوت	دافئة	حميمية العلاقة	حضور الإلتزام	المسافة النفسية	لغة فصحي
	عادية		مناداة المريض بالاسم	الاجتماعية	عامية
	باردة		اظهار معرفة الطبيب له		فرنسية
	حادة		الاهتمام بالمريض		متخصصة
اللغة المستخدمة	لغة فصحي	مصافحة المريض	الحديث عن المرض	مدى القرب الجسدي	لغتي
	عامية	مظاهر الاهتمام بشخص المريض		اظهار الاهتمام بشخص المريض	بالاشارة
	فرنسية	التمعن في النظر لوجه المريض	ممارسة الصلاحيات	يربح المريض بالكلام	من خلال الممرض
	متخصصة			يتعامل معه برفق	مباشر
نوع التواصل	لغتي	يربح المريض بالكلام		ينسج علاقة معه	
	بالاشارة	يتعامل معه برفق		يتحفظ كلنا معه	
	من خلال الممرض	ينسج علاقة معه			
	مباشر	يتحفظ كلنا معه			

ملاحظات:

## ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل علاقات العمل للأطباء وذلك من منظور المدخل الاستراتيجي، حيث تناول الجانب النظري أربعة فصول من خلال تحديد موضوع الدراسة، ومختلف النظريات التي تبلور من خلالها الفكر الاستراتيجي، لنتطرق إلى التحليل الاستراتيجي عند ميشال كروزيه، ومن ثمة إلى دراسة سوسيو تاريخية للمستشفى.

أما الدراسة الميدانية فقد أجريت بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة باعتباره أكبر مؤسسة استشفائية بالولاية، ولكون المراكز الاستشفائية الجامعية تحمل الكثير من المؤثرين والمتأثرين، التي جعلتها تحمل الكثير من المتناقضات، كذلك فهي تحوي على جميع رتب الأطباء، التي تمكننا من دراسة علاقاتهم سواء علاقاتهم فيما بينهم، أو بينهم وبين مختلف الفاعلين، ومعرفة استراتيجياتهم في ظل الخصوصية التي تحملها هذه المهنة، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي مسندة على كيفية معالجة التحليل الاستراتيجي للعلاقات، وتم استخدام أدوات جمع البيانات تمثلت أساسا في المقابلة، الملاحظة بالمشاركة، محضر اجتماع، أدوات سمعية بصرية (فيديو).

استخدمت الدراسة العينة الطبقية في اختيار عينة الأطباء من مختلف الرتب وعينة قصدية للحصول على البيانات العامة المتعلقة بالموظفين داخل المركز الاستشفائي الجامعي، وكذا في مقابلة الممرضين لتدعيم نتائج الدراسة.

وقد توصلت الدراسة إلى أن المركز الاستشفائي الجامعي عبارة عن تنظيم يحمل في طياته العديد من العلاقات المتشعبة سواء كانت الرسمية أو غير الرسمية ورغم أن الهدف الأساسي من إنشائه هو إنساني بالدرجة الأولى، إلا أنه وفي ظل

عدم وضوح الأهداف التنظيمية، وطغيان علاقات الصراع على العلاقات بين مختلف الفاعلين (مع عدم نفي وجود علاقات التعاون والتحالف) وذلك على حسب طبيعة الأهداف الشخصية وموقع كل فاعل، مع معاناته من سوء التكوين والتحفيز جعل من الأهداف الشخصية تغطي على الأهداف التنظيمية والأهداف الإنسانية.

### **Abstract:**

This study aimed at analyzing the work relations of doctors from the perspective of the strategic approach, The theoretical side dealt with four chapters by defining the subject of the study and the various theories that crystallized the strategic thinking, let us explore the strategic analysis of Michel Crozier and a socio-historical study of the hospital.

The field study was conducted at the University Hospital in Batna, because is the largest hospital in the wilayat, and that the university medical centers contains many influential and affected which made it bear a lot of contradictions, they also contain all levels of doctors, which enables us to study their relationships, whether their relationships with each other, or between them and the various actors, and to know their strategies in the privacy of the profession, was used Data collection tools were mainly interview, participatory observation, meeting minutes, audio-visual tools (video).

The study used the stratified sample in the selection of doctors of different grades, and an intentional sample for obtaining general data on staff within the University Hospital, as well as in interviewing nurses to support the results of the study.

The study found that the university hospital is an organization with many complex relationships whether formal or informal, although the primary purpose of its creation is primarily humanitarian, however, with unclear organizational objectives and the tyranny of conflict relations over relations between the various actors (while not denying the existence of cooperative relations and alliance) depending on the nature of the personal goals and location of each actor, with his suffering from poor configuration and motivation making personal goals overwhelm organizational and humanitarian goals.