



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة-1-



كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم : علم الاجتماع

عنوان الأطروحة

توزيع السلطة وعلاقته بجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الإستشفائية العمومية الجزائرية

دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم الاجتماع

تخصص: علم الاجتماع تنظيم وعمل

إشراف الدكتورة:

إعداد الطالبة:

د. يحيوي مريم

حدرم زينب

الإسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
كمال بوقرة	أستاذ التعليم العالي	باتنة 1	رئيسا
مريم يحيوي	أستاذ محاضر أ	باتنة 1	مشرفا ومقررا
انس عرعار	أستاذ محاضر أ	باتنة 1	عضوا
رضا قجة	أستاذ التعليم العالي	المسيلة	عضوا
زهية دباب	أستاذ محاضر أ	بسكرة	عضوا
عبد الرزاق امقران	أستاذ محاضر أ	سطيف 2	عضوا

السنة الجامعية : 2018-2019



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة-1-



كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم : علم الاجتماع

عنوان الأطروحة

توزيع السلطة وعلاقته بجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الإستشفائية العمومية الجزائرية

دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم الاجتماع

تخصص: علم الاجتماع تنظيم وعمل

إشراف الدكتورة:

إعداد الطالبة:

د. يحيوي مريم

حدر زينب

الإسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
كمال بوقرة	أستاذ التعليم العالي	باتنة 1	رئيسا
مريم يحيوي	أستاذ محاضر أ	باتنة 1	مشرفا ومقررا
انس عرعار	أستاذ محاضر أ	باتنة 1	عضوا
رضا قجة	أستاذ التعليم العالي	المسيلة	عضوا
زهية دباب	أستاذ محاضر أ	بسكرة	عضوا
عبد الرزاق امقران	أستاذ محاضر أ	سطيف 2	عضوا

السنة الجامعية : 2018-2019

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" هل يستوي الذين يعلمون و الذين لا يعلمون "

و قال أيضا

" و قل اعملوا فسيرى الله عملكم و رسوله و المؤمنون و ستردن

إلى عالم الغيب و الشهادة فينبئكم بما كنتم تعملون "

دعاء

نَسْأَلُكَ اللَّهُمَّ بِاسْمِكَ الْأَعْظَمِ وَ جَلَالِكَ وَ نُورِ وَجْهِكَ أَنْ تُصَلِّيَ وَ تُسَلِّمَ

عَلَيَّ سَيِّدَنَا مُحَمَّدٍ الْمُصْطَفَى

وَ نَسْأَلُكَ رَحْمَةً مِنْ عِنْدِكَ تُهْدِي بِهَا قُلُوبَنَا وَ تُعَصِّمُنَا بِهَا مِنْ كُلِّ

سُوءٍ

اللَّهُمَّ عَلِّمْنَا مَا يَنْفَعُنَا وَ أَنْفَعْنَا بِمَا عَلَّمْتَنَا وَ زِدْنَا عِلْمًا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ .

## شكر وتقدير

نحمد الله تبارك و تعالی و نشكره أو يوفقنا في إتمام عملنا اللهم سخر  
قلمنا لخدمة العلم النافع و نور عقولنا بالضياء الساطع.

" و ما جزاء الإحسان إلا الإحسان "

فشكر و تقدير و احترام إلى الأستاذة المحترمة " يحيى مريم "  
لتفضلها الإشراف على هذا العمل ، و على سعة الصدر التي تمتاز بها و  
التي أفادتنا بارشداتها و توجيهاتها القيمة و نتمنى لها حياة علمية  
حافلة بالنجاحات .

ونتوجه بالشكر إلى جميع أساتذتنا الكرام بالخصوص " فؤاد عبد المومن  
من جامعة باتنة و علاء زهير الرواشدة من جامعة الاردن "  
د.بابج زهية ، امقران عبد الرزاق، مقراني أنور ، بولفلاف إبراهيم، قرزیز  
محمود ، على تحكيمهم الاستمارة و تصويباتهم القيمة .

كما لايفوتني في هذا المقام ان أتقدم بخالص الشكر والامتنان الى  
أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم قبول مناقشة هذا العمل وإبداء توجيهاتهم

## القيمة

و اشكر كل من قدم لنا يد المساعدة سواء من قريب أو بعيد و لو  
بكلمة طيبة " و فبقنا الله و إياكم "

## إهداء

إلى من مات شهيدا في سبيل الله

إلى الذي تمنيت بشغفه رؤياه

وقضى ربي أن لا ألقاه.

إلى عزة العائلة وفخرها جدي "عبد الله" تغمده الله برحمته في مثواه

وتعد روح جديتي الطاهرة زوليخة

وحفظ لي جدي مسعودة ومبروك

إلى من قال فيهم الله تعالى: (وبالوالدين إحسانا )

إلى رمز الأمل والعطاء إلى النور الذي أثار دربي إلى أعمز الناس أمة الجنونة

إلى الذي أدبني فأحسن تأديبي إلى قدوتي في الحياة إلى من ضحى من اجلي إلى

أبي العزيز

إلى من أشد بهم الظهر إلى من كانوا سندا لي في الحياة إلى اخوالي وعمامي:

د. خليفة ، مراد ، حمزة ، جمال ، الرودي ، الهاشمي ، نورالدين ، لزهير ، مخلوف

إلى الزهراء الفاتحة بعطر الياسمين خالتي وعماتي كل باسمها :د. جمعة ، سامية ، حدة ،

الكاملة، سعيدة

إلى نجوم حياتي أخوتي: ايمان ، محمد ، عبد المزمع ، بثينة ، خولة، امينة ، نور الهدى،

سمية ، خلود ، كنانة، أحلام

إلى كتاكيت العائلة: وسيم ، سندس، أيوب، عبد الله ، جوري، نور سين ، انيس، انس ،

جواد ، احمد ياسين، الأء.

إلى من تقاسمت معي حياتي الجامعية وأبنت إلا أن تقاسمني هذه المذكرة إلى أعمز

صديقة ورفيقة: حارث وهيبه

إلى زملائي الأعزاء: زينة، مريم ، خديجة، دليلة ، بدره، طهيرة ، ريم

## فهرس المحتويات

فهرس المحتويات	
فهرس الأشكال	
فهرس الجداول	
أ ب ج د	مقدمة
- الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة	
05	أولا - تحديد مشكلة الدراسة
10	ثانيا - أهمية الدراسة
11	ثالثا - أسباب اختيار موضوع الدراسة
11	رابعا - أهداف الدراسة
12	خامسا - تحديد مفاهيم الدراسة
13	سادسا - الدراسات السابقة
- الفصل الثاني: السلطة التنظيمية ومقاربتها السوسيونظرية	
أولا_ تعريف السلطة التنظيمية	
30	أ. تعريف التنظيم
31	أ. تعريف السلطة
33	أ. السلطة التنظيمية
ثانيا _ ماهية السلطة التنظيمية	
36	أ. أنواع السلطة في المؤسسة
54	أ. العوامل المؤثرة في السلطة التنظيمية
71	أ. العلاقات السلطوية داخل المؤسسة
ثالثا - المدخل الإداري والسلطة التنظيمية	
83	أ. السلطة التنظيمية في المدخل الكلاسيكي
95	أ. السلطة التنظيمية في المدخل السلوكي
101	أ. السلطة التنظيمية في مدخل الوظيفي
- الفصل الثالث: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية	
أولا_ تعريف جودة الخدمات الصحية	
111	أ. تعريف الجودة

112	تعرف الخدمات الصحية	112
116	تعريف جودة الخدمات الصحية	116
<b>ثانيا- ماهية جودة الخدمات الصحية</b>		
119	أ. أنواع الخدمات الصحية	119
125	11. أبعاد جودة الخدمات الصحية	125
131	111. طرق قياس جودة الخدمات الصحية	131
<b>ثالثا- دراسة سوسيونظرية للمؤسسة الاستشفائية</b>		
137	1. تعريف وتصنيف المستشفيات	137
142	11. العوامل المؤثرة على النظام الصحي في المؤسسة الاستشفائية	142
167	111. العلاقات السلطوية في المؤسسة الاستشفائية	167
<b>- الفصل الرابع : دراسة سوسيونظرية للمؤسسات الطبية الاستشفائية الجامعية</b>		
<b>أولا- المداخل النظرية للمؤسسات الطبية</b>		
186	1. الاتجاهات الكلاسيكية في دراسات التنظيمات الطبية.	186
189	11. الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية	189
<b>ثانيا- مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر</b>		
197	1. الوضع الصحي في الجزائر خلال الاحتلال الفرنسي	197
212	11. الوضع الصحي في الجزائر بعد استرجاع السيادة الوطنية	212
<b>ثالثا- تنظيم وتسيير المستشفى الجامعي في الجزائر</b>		
216	1. نشأت المستشفى الجامعي في الجزائر	216
218	11. تنظيم المستشفى الجامعي في الجزائر	218
255	111. التسيير الإداري للمستشفى الجامعي في الجزائر	255
<b>الفصل الخامس : المقاربة الميدانية لدراسة</b>		
<b>أولا- الإجراءات المنهجية لدراسة</b>		
216	1. مجالات الدراسة	216
269	11. منهج الدراسة وأدوات جمع البيانات	269
277	111. عينة الدراسة	277
<b>ثانيا- تفريغ وتحليل بيانات الدراسة</b>		
280	1. تفريغ وتحليل البيانات الخاصة بالفرضية الأولى	280
310	11. تفريغ وتحليل البيانات الخاصة بالفرضية الثانية	310

342	١١١. تقريع وتحليل لبيانات الخاصة بالفرضية الثالثة
ثالثا - مناقشة نتائج الدراسة	
369	١. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
400	٢. مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة
404	٣. مناقشة النتائج على ضوء المدخل النظري (للمؤسسات الطبية)
412	خاتمة
قائمة المراجع	
الملاحق	
ملخص الدراسة باللغة العربية	
ملخص الدراسة بالانجليزية	



## فهرس الأشكال

رقم شكل	العنوان	الصفحة
1.	يبين توزيع النسق السلطوي تبعاً لرسميتها في المؤسسة	39
2.	يبين نطاق السلطة المركزية في المؤسسة	42
3.	يبين نطاق السلطة اللامركزية في المؤسسة	43
4.	بين الهيكل التنظيمي لسلطة التنفيذية في المؤسسة	44
5.	يبين الهيكل التنظيمي لسلطة الاستشارية في علاقته بالسلطة التنفيذية في المؤسسة	45
6.	يبين الهيكل التنظيمي لسلطة الوظيفية في المؤسسة	46
7.	بين أنواع سلطة اللجان في المؤسسة	47
8.	بين البعد العمودي لسلطة في المؤسسة	49
9.	بين السلطة ذات البعد الأفقي في المؤسسة	50
10.	بين السلطة ذات البعد العمودي الأفقي في المؤسسة	50
11.	بين السلطة ذات البعد الدائري في المؤسسة	51
12.	يبين توزيع السلطة تبعاً لشرعيها في المؤسسة	51
13.	يبين الأبعاد الأربعة للهيكل التنظيمي المؤثرة على النسق السلطوي في المؤسسة	57
14.	يبين قنوات انسياب الاتصال في المؤسسة	63
15.	يبين النموذج الوظيفي لطرفي النسق السلطوي في المؤسسة	71
16.	يبين علاقة البناء الفني لممارس السلطة بالنسق السلطوي	76
17.	يوضح علاقة البناء الإنساني لممارس السلطة بالنسق السلطوي	76
18.	يوضح علاقة البناء الإدراكي لممارس السلطة بالنسق السلطوي	77
19.	يبين علاقة نسق الشخصية بالنسق السلطوي	77
20.	يبين عوامل تشكيل سلوك التابعين في المؤسسة	79
21.	يبين الأنماط السلوكية للتابعين مع ممارسي السلطة في المؤسسة	80
22.	يبين النمط السلطوي على ضوء المنطلقات التايلورية	85
23.	بين أطراف النسق السلطوي في المؤسسة وفق المنطلقات التايلورية	86
24.	يبين الأنماط الشرعية للسلطة وفق المنطلقات الفيبرية	88

92	يبين النسق السلطوي الكاريزمي وفق المنطلقات الفيبرية	.25
93	يبين النسق السلطوي التقليدي وفق المنطلقات الفيبرية	.26
94	يبين النسق السلطوي العقلاني وفق المنطلقات الفيبرية	.27
98	يبين النسق السلطوي نظرية اتخاذ القرار لهيرت سيمون	.28
99	يبين أنواع السلطة في المؤسسة وفق منظور كريس أرجيريس	.29
100	يبين النسق السلطوي الوظيفي وفق منطلقات شيستر بارنارد	.30
101	يبين أنواع التنظيمات وفق منطلقات شستر برنارد	.31
104	يبين منظور بارسونز لسلطة في المؤسسة	.32
105	يبين البيروقراطية(السلطة القانونية)النيابية عند جولدنر	.33
106	يبين البيروقراطيةالعقابية (السلطة القانونية) عند جولدنر	.34
115	يبين درجات الصحة	.35
122	يبين توزيع الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية	.36
128	يبين أبعاد جودة الخدمات الصحية في مؤسسة الاستشفائية	.37
130	يبين أبعاد الجودة من منظور الفاعلين الاجتماعيين في المؤسسة الاستشفائية	.38
131	يبين طرق قياس جودة الخدمات الصحية	.39
135	يبين جودة الخدمات الصحية وعلاقتها بالفاعلين الاجتماعيين من خلال نموذج الفجوات	.40
136	يبين كيفية الحكم على الخدمات الصحية من طرف الفاعلين الاجتماعيين	.41
144	يبين العوامل والمتغيرات الخارجية التي تؤثر في وضع النظام الصحي- الخدمات الصحية- في المؤسسة الاستشفائية	.42
150	يبين العوامل المتغيرات الداخلية التي تؤثر في وضع النظام الصحي- الخدمات الصحية- في المؤسسة الاستشفائية	.43
153	يبين الهيكل التنظيمي التنفيذي للمستشفى	.44
155	يبين التنظيم التنفيذي الاستشاري للمستشفى	.45
156	يبين الهيكل التنظيمي الوظيفي للمستشفى	.46
158	يبين مرحل التخطيط الصحي للخدمات في المؤسسة الاستشفائية	.47
163	يبين خطوات العملية الرقابية في المستشفيات	.48
173	يبين فريق الهيئة الطبية في مؤسسة الاستشفائية	.49
176	يبين توزيع السلطة للخدمات التمريضية في مؤسسة الاستشفائية	.50

180	يبين علاقة مقدم الخدمة بالمستشفى العام	.51
183	يبين تأثير العلاقات الاجتماعية بين الفاعلين على المؤسسة الاستشفائية	.52
267	يبين التقسيم التقني للعمل العلاجي في بالمركز الجامعي الاستشفائي باتنة	.53
282	يبين مشاركة المبحوثين في إعداد جدول العمل	.54
285	يبين قابلية جدول المناوبات للمناقشة	.55
286	يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الأطباء الجراحين	.56
286	يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الأطباء المختصين	.57
286	يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الأطباء المقيمين	.58
286	يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الأطباء العامون	.59
287	يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الأطباء الداخليين	.60
287	يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الممرضين	.61
294	يبين موضوعات الاجتماعات حسب رأي المبحوثين	.62
296	يبين ترتيب الأسلاك الطبية والشبه الطبية لمواضيع التي يتم مناقشتها في الاجتماعات	.63
297	يبين المواضيع التي يبدي فيها الأطباء الجراحين آرائهم في المصلحة	.64
297	يبين المواضيع التي يبدي فيها الأطباء المختصون آرائهم في المصلحة	.65
298	يبين المواضيع التي يبدي فيها الأطباء المقيمين آرائهم في المصلحة	.66
298	يبين المواضيع التي يبدي فيها الأطباء العامون آرائهم في المصلحة	.67
298	يبين المواضيع التي يبدي فيها الأطباء الداخليين آرائهم في المصلحة	.68
298	يبين المواضيع التي يبدي فيها الممرضين آرائهم في المصلحة	.69
299	يبين ترتيب الأسلاك الطبية والشبه الطبية للمواضيع التي يبدون فيها آرائهم في المصلحة	.70
301	يبين رأي المبحوثين في تفويض السلطة	.71
303	يبين متى يتم تفويض السلطة لهم	.72
305	يبين أهداف عملية التفويض في سياق الرتب المهنية للمبحوثين	.73
307	يبين العلاقة بين الرتبة المهنية وأهداف العملية التفويضية	.74
310	يبين العلاقة بين منظم العمل والمرتبة	.75
314	يبين الأنظمة الوقتية الموجودة في المستشفى	.76
327	يبين من يكلف المبحوثين بالمهام الغير رسمية	.77

328	يبين مدى إعاقة المهام غير الرسمية للأداء الجيد	.78
332	يبين تصريح اغلب المبحوثين حول العلاقة بين نوعية الخدمة والمناوبة	.79
332	يبين تصريح اغلب المبحوثين حول العلاقة بين سرعة الخدمات ونوع المناوبة	.80
333	يبين تصريح اغلب المبحوثين حول العلاقة بين المعاملة الجيدة ونوع المناوبة	.81
341	يبين العلاقة بين الأسلاك وردود الأفعال	.82
346	يبين طبيعة نظام المعلومات للأسلاك الطبية وشبه طبية	.83
352	يبين أسباب وجود إشاعات حسب إجابات المبحوثين المقرين بوجودها داخل المصلحة	.84
353	يبين أسباب الإشاعات وعلاقتها بالأسلاك	.85
355	يبين كيفية تأثير الإشاعات على جودة الأداء في العمل	.86
362	يبين صعوبات العملية الإتصالية داخل المصلحة بين المبحوثين	.87

## فهرس الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	يبين انواع السلطة في المؤسسة	37
02	يبين مزايا وعيوب نمط السلطة الجماعية في اتخاذ القرارات	59
03	يبين أهم وظائف أنواع الاتصالات في المؤسسة	63
04	يبين تصنيف ممارسي السلطة على الأساس الوظيفي التنظيمي في المؤسسة	73
05	يبين تصنيف ممارسي السلطة على أساس استخدام النسق السلطوي	74
06	يبين طبيعة العلاقة بين ممارس السلطة والتابع من منظور دوغلاس ماك غريغور	82
07	يبين المبادئ الإدارية التي يعتمد عليها ممارس السلطة وفق منطلقات مبادئ نظرية التكوين الإداري	88
08	يبين نتائج تجارب التون مايو في مجال الإدارة والمقترحات المنصوص تطبيقها	96
09	يبين الجوانب الوظيفية و الاوظيفية لتفويض السلطة في التنظيم من منظور سلزنيك	107
10	يبين العلاقات السلطوية عند ميلر وفورم	109
11	يبين الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية	123
12	يبين أنواع الخدمات الصحية حسب قسم العلاج الطبي في المؤسسة الاستشفائية	124
13	يبين أبعاد تصنيف المستشفيات	138
14	يبين التأثيرات الوظيفية للمتغيرات الديمغرافية على الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية	145
15	يبين رتب أسلاك الممارسين الطبيين العاملين في الصحة العمومية	221
16	يبين رتب أسلاك الممارسين شبه الطبيين العاملين في الصحة العمومية	254
17	يبين الخصائص الوظيفية للمديريات المساعدة لعمل المدير في مؤسسة الاستشفائية	257
18	يبين نمذجة جناح الاستعجالات الطبية الجراحية في المؤسسة محل الدراسة	262
19	يبين نمذجة جناح المصالح الطبية و الجراحية في المؤسسة محل الدراسة	264

267	يبين نمذجة جناح الاستشفاء للأطفال والرضع ومخبري التسمم والمناعة والاستشفاء اليومي للأمراض الدموية في المؤسسة محل الدراسة	20
278	يبين النوع الاجتماعي للمبحوثين	21
279	يبين الحالة الاجتماعية للمبحوثين	22
279	يبين المستوى التعليمي للمبحوثين	23
280	يبين الاقدمية لمفردات العينة	24
280	يبين من يقوم بإعداد برنامج العمل للمبحوثين	25
289	يبين العلاقة بين المشاركة في إعداد جدول العمل والمواظبة في العمل	26
290	يبين أسلوب الرئيس المباشر في حل المشاكل بين ممارسي الصحة	27
292	بين الفئات المعنية بالاجتماعات في مصالح عملها	28
297	يبين مدى إتاحة الفرصة للمبحوثين من طرف المسئول المباشر لإبداء رأيهم	29
300	بين استشارات الرئيس المباشر لمؤوسى حول أمور المصلحة وكيفية تحسينها	30
302	يوضح مستويات تفويض السلطة والمسؤوليات	31
308	يبين العلاقة بين السلطة المفوضة وأداء ممارسي الصحة	32
308	هل تتعرض للمساءلة أثناء تأدية مهامك	33
310	يبين المسئول عن تنظيم العمل لدى المبحوثين	34
313	يبين مدى تناسب الحجم الساعي مع الرتبة لدى المبحوثين	35
315	يبين مدى ملائمة توقيت العمل للمبحوثين واسبابها	36
316	يبين العلاقة بين العدالة التوزيع للمناوبات والرتبة المهنية	37
319	يبين العلاقة بين العدالة التوزيع للمهام والرتبة المهنية	38
321	يبين كيفية انجاز المهام والأعمال في مصالح العمل	39
322	مدى مناسبة العمل الجماعيللمبحوثين	40
323	يبين علاقة تقسيم العمل بجودة الخدمات الصحية	41
325	يبين رأي المبحوثين في تقسيم العمل	42
326	يبين التكليف بالمهام غير رسمية وعلاقتها بجودة أداء المهام الرسمية	43
329	يبين مدى كفاية الكوادر الطبية والشبه الطبية وتأثيرها على جودة الخدمات	44

	الصحية	
331	يبين جودة الخدمات الصحية ( النوعية، المعاملة، السرعة) للمبجوثين وعلاقتها بالمناوبات	45
343	يبين المناوبة المفضلة للفاعلين الاجتماعيين في مؤسسة الاستشفائية	46
338	يبين رد فعل ممارسي السلطة عند تعرضهم لتوتر شديد وضغط كبير في العمل	47
342	العلاقة بين نظام المعلومة ورتبة المبجوثين	48
343	يبين طبيعة نظام المعلومات بين الأنساق العمودية والأفقية في المؤسسة الاستشفائية	49
347	يبين قنوات الاتصال المعلوماتي في مؤسسة الاستشفائية	50
349	يبين دقة معلومات النظام الاتصالي المرسله حسب وجهة نظر المستقبل	51
350	يبين سرعة معلومات النظام الاتصالي المرسله حسب وجهة نظر المستقبل	52
351	يبين مدى وجود الإشاعات في المصلحة	53
354	يبين مدى تأثير الشائعات على جودة الأداء في العمل	54
357	يبين طبيعة الاتصال الصحي والعلاقات الاجتماعية داخل المؤسسة الاستشفائية	55
360	يبين مدى وجود صعوبات في الاتصال بين مختلف المصالح	56
364	مدى تحاور ممارسي الصحة مع المريض حول تطور حالته واللغة المستخدمة	57
366	بين مدى استعداد ممارسي الصحة للاستجابة لمتطلبات للمريض ومساعدته	58
367	يبين تقييم المبجوثين لجودة أدائهم	59
368	يبين مدى ملائمة الخدمات الصحية لاحتياجات المريض	60
401	مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة	61
413	يبين تموضع اهداف الدراسة في البناء المنهجي	62

مقدمة



## مقدمة

يعد المستشفى منظمة يتوفر فيها البناء والوظيفة، هذا البناء والوظيفة تتساند اجزائه وظيفيا لتحقيق اهداف المؤسسة، الا وهي تقديم رعاية صحية لأفراد المجتمع بجودة وكفاءة، هذا المفهوم - جودة الخدمات الصحية \_ هو مفهوم نسبي يتميز بالاختلاف بين مختلف الفاعلين الاجتماعيين كل حسب موقعه الوظيفي، ولكن يشتركون في أهم المعايير البنائية للجودة وهي التأمين الفعال للخدمة مع التكفل الجيد بالمريض من خلال تنمية وتفعيل أداء الموارد البشرية والمادية.

تتأثر جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمتغيرات البيئة الداخلية والخارجية، ولقد تم التركيز على البيئة الداخلية باعتبار ان عملية تحليل البيئة الداخلية للمؤسسة لها أهمية خاصة نظرا لما تحققه من تحديد للإمكانيات المتوفرة لدى المنظمة سواء كانت مادية أم بشرية، وبصفة أكثر تحديدا سوف ينصب تحليلنا على المتغيرات التي تؤثر على مفهوم السلطة التنظيمية

تعد السلطة نوعاً من جوهر أو ماهية أو بتعبير أفضل رأسمال ومن هنا يأتي التعبير الشائع "امتلاك السلطة"، وبتالي فالسلطة نقطة إحالة قسرية في فهم ما يحرك الناس وكيف يقفون من بعضهموما الذي يسيطرون عليه وما الذي يسيطر عليهم، أي أنها علاقة بين شخصين أحدهما أعلى من الآخر فالأعلى يصنع القرار مع توقع طاعة الثاني له بل إن الثاني يتوقع بطبيعته صنع وصدور قرار من الأول ويتهيأ لتنفيذه ، وهكذا إذن فممارسة السلطة في المؤسسة هي عبارة عن علاقة تتضمن نموذجا وظيفيا بين اثنين أو أكثر من الفاعلين تقتضي خضوع البعض للآخر مهما كانت وسائلها وطرق ممارستها الشرعية أو اللاشرعية، وبتالي فتوزيع السلطة في المؤسسة هي تقسيم وتحديد الصلاحيات المخولة لممارس السلطة في اتخاذ القرارات وتقسيم العمل وإعطاء الأوامر للتابعين والحصول على امتثالهم للقرارات وتنفيذ الاعمال المكلفين بها ، و في إطار هذا النظام الداخلي تتحدد الممارسات الوظيفية للفاعلين سواء ممارسي السلطة أو التابعين لها ، مع الأخذ في عين الاعتبار العلاقة القائمة بين ممارسي السلطة والتابعين ، أي ان التابع لسلطة ينظر لما يعبر عنه مالك السلطة في اطار العلاقات الموجودة داخل النسق الكلي او الجزئي في المؤسسة.

مجمل القول ان دراستنا جاءت لدراسة العلاقة بين توزيع السلطة وجودة الخدمات الصحية باعتبار ان توزيع السلطة هي أحد الخصائص الوظيفية الأساسية التي لا يمكن للإدارة الاستغناء عنها فهي التي تشكل وتنظم باقي الأنساق الوظيفية بهدف الوصول الى تقديم خدمات جيدة.

للإلمام بالإطار العام للموضوع التزمنا فيها ببناء خطة بحثية منهجية قسّمنا فيها الدراسة إلى خمسة فصول جاءت مضامينها كالآتي:

**الفصل الأول:** تناول "الإطار التمهيدي للدراسة" الذي وانطلقنا منه في بناء جوانب عديدة ومختلفة في الدراسة الحالية من أبرزها، بناء وصياغة الإشكالية وتحديد أبعادها ثم صياغة فرضيات الدراسة وضبط مؤشراتنا، كما تم التطرق إلى الأهمية العلمية والعملية للموضوع، بالإضافة إلى أسباب ومبررات اختياره، والأهداف التي تسعى الدراسة إلى تحقيقها لنصل إلى تحديد الأهمّ المفاهيم التي يشكل فهمها لبسا في فهم موضوع الدراسة، وبعدها استعرضنا في هذا الفصل التراث المرجعي (الدراسات السابقة) الذي استفدنا منه في كل مراحل البحث.

**الفصل الثاني:** تناولنا مدخلا للسلطة التنظيمية ومقاربتها السوسيونظرية، حيث تطرقنا فيه إلى ثلاث جوانب الجانب الأول يتعلق بعريف السلطة التنظيمية والجانب الثاني يتعلق بتحديد ماهية السلطة التنظيمية من حيث الأنواع والعوامل المؤثرة فيها والعلاقات السلطوية داخل المؤسسة، وفي الجانب الثالث تناولنا المدخل الإداري والسلطة التنظيمية الذي تطرقنا فيه إلى ثلاث مداخل وهي المدخل الكلاسيكي والسلوكي والوظيفي.

**الفصل الثالث:** تناولنا مدخلا لجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية، حيث تطرقنا فيه إلى ثلاث جوانب، الجانب الأول تم فيه تعريف جودة الخدمات الصحية والجانب الثاني تعلق بدراسة ماهية جودة الخدمات الصحية من حيث الأنواع والابعاد وطرق قياس الجودة، وفي الجانب الثالث تناولنا مدخل سوسيونظري للمؤسسة الاستشفائية تطرقنا فيه إلى تصنيف المستشفيات وأهم العوامل المؤثرة على النظام الصحي والعلاقات السلطوية في المؤسسة الاستشفائية.

**الفصل الرابع:** تطرقنا فيه إلى دراسة سوسيونظرية للمؤسسات الطبية الاستشفائية الجامعية وقسمناه إلى ثلاث جوانب، الجانب الأول خصصناه للمداخل النظرية للمؤسسات الطبية سواء الكلاسيكية أو الحديثة، أما الجانب الثاني خصصناه لتطرق لمرحل التي مر بها النظام الصحي لنخصص الجانب الثالث بدراسة النظرية للمؤسسات الاستشفائية الجامعية من حيث النشأة القانونية والتنظيم والتسيير.

**الفصل الخامس:** تطرقنا فيه المقاربة الميدانية لدراسة وضمت ثلاث جانب ، حيث تطرقنا في الجانب الأول إلى الإطار المنهجي للدراسة تطرقنا فيه إلى مجالات الدراسة والعينة والمنهج المستخدم، أدوات جمع البيانات، أما الجانب الثاني تطرقنا إلى تفرغ بيانات الدراسة ليتم في الجانب الثالث تحليلها واستخلاص النتائج العامة التي تمت مناقشتها في ضوء فرضيات الدراسة، وفي ضوء التراث النظري

والدراسات السابقة ، وأخيرا في ضوء أهداف الدراسة لنصل إلى النتيجة العامة والإجابة على التساؤل الرئيسي، لتكون بذلك آخر محطاتها خاتمة.

-الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة

أولا - تحديد مشكلة الدراسة

ثانيا - أهمية الدراسة

ثالثا- أسباب اختيار موضوع الدراسة

رابعا - أهداف الدراسة

خامسا- تحديد مفاهيم الدراسة

## أولاً - تحديد مشكلة الدراسة:

يعتبر المستشفى نسقا مفتوحا له علاقات خارجية قد تفوق في تعقيدها ومدخلاتها أي مؤسسة أخرى لان الاهتمام الرئيسي لها ينصب على المريض كمستهلك للخدمات الصحية وعلى بيئته الخارجية بمختلف متغيراتها ، ومنه فان المستشفى نظام كلي يشمل عدة أنظمة فرعية مثل الإدارة و الأطباء و الممرضين والمريض وهذه الأنظمة الفرعية بدورها تأثر على النظام الكلي، ومن ثم تسعى هذه الأنساق الفرعية إلى التساند والترابط الوظيفي للوصول إلى الأهداف الكامنة التي بنيت على أساسها - أي ما يحقق أهداف النظام- ويسعى كذلك هذا التساند إلى القضاء على المعوقات الوظيفية للوصول إلى هدف المؤسسة الاستشفائية الذي يقتضى تقديم خدمة صحية جيدة .

ان مفهوم الجودة هو مفهوم نسبي يتميز بالاختلاف بين مختلف الفاعلين الاجتماعيين كل حسب موقعه الوظيفي، ولكن يشتركون في أهم المعايير البنائية للجودة وهي التأمين الفعال للخدمة مع التكفل الجيد بالمريض من خلال تنمية وتفعيل أداء الموارد البشرية والمادية.

تتأثر جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمتغيرات البيئة الداخلية والخارجية، ولقد تم التركيز في دراستنا على البيئة الداخلية باعتبار ان عملية تحليل البيئة الداخلية للمؤسسة لها أهمية خاصة نظرا لما تحققه من تحديد للإمكانيات المتوفرة لدى المنظمة سواء كانت مادية أم بشرية، فهي تحدد مناطق القوة ومناطق الضعف في المؤسسة، مما يساعد في معرفة موقع المؤسسة في السوق مقارنة بالمؤسسات المنافسة ، وهذا يساعد المؤسسة على معرفة كيفية استغلال الفرص المتوفرة في البيئة المحيطة كما يساعد في تجنب المؤسسة للمخاطر والتهديدات المتوقعة، كما تسهم عملية التحليل البيئي الداخلي في تكامل عملية التحليل الاستراتيجي حيث أن التكامل بين التحليل البيئي الداخلي و الخارجي مع بيئة العمل يوفر التكامل لعملية التحليل الاستراتيجي، و هذا التأثير غالبا ما يظهر على المدى الطويل.

تعد السلطة اهم عملية في البيئة الداخلية اذ انها روح المؤسسة فهي التي تربط بين مختلف الوحدات المؤسسة ، وهي القوة القانونية أو الشرعية التي تقف وراء امتثال التابعين - المرؤوسين- لأوامر وقرارات مالكي السلطة - الرؤساء- ، فالعمل الأساسي لأي رئيس أو مدير هو اتخاذ القرارات التي تصب في خدمة أهداف المؤسسة الذي يرأسها ، وعلى المرؤوسين الامتثال لتلك الأوامر وفق ما يفرضه امتلاك الرؤساء لهذه القوة في أعلى هرم المؤسسة ، ووفق موقعهم داخلها ولقد تناولت العديد

من الكتاب والمفكرين موضوع السلطة فمنهم من سلط الضوء على مفهومها ونشأتها والأسس التي تقوم عليها ، ومنهم من ركز على مدى شرعيتها في محاولة منهم لتبرير قبول المرؤوسين لها وابرز هذه النظريات هي النظريات الكلاسيكية التي رأَت بأن مصدر السلطة هو قمة التنظيم والذي منه يتم تفويض السلطة ،وعليه فلإدارة الحق في اتخاذ القرارات وإصدار الأوامر ،وعلى الآخرين إطاعة هذه الأوامر ومن أبرزها نظرية العلمية لتايلر ونظرية الإدارية لفايول والنظرية البيروقراطية لفيبر، في الوقت الذي أكدت فيه النظريات الكلاسيكية على الهيكل الرسمي لتنظيم والبناء الداخلي ظهر اتجاه آخر في تنظيم العمل و إدارة المؤسسات يركز على العنصر الإنساني باعتباره العنصر الحيوي في المنظمة ، والذي تدور حوله كافة مظاهر المؤسسة الأخرى ويدخل في مجال اهتمامه دور وأهمية التنظيم الغير رسمي كسلطة موازية للسلطة الرسمية داخل المؤسسة ، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها إعطاء الأولوية للجانب الإنساني للفرد العامل ، ومن أبرزها نظرية العلاقات الإنسانية ونظرية اتخاذ القرارات ونظرية القبول ، لتأتي النظريات الحديثة البنائية الوظيفية التي حلت المؤسسة على أساس نسق مفتوح يتكون من انساق فرعية تتساند لتحقيق الهدف العام وتؤثر وتتأثر بالبناء العام هدفها هو تحقيق التوازن والتكامل داخل المؤسسة وبصفة عامة فان المنظرين المحدثين امثال بارسونز، و جولدنر في دراسته لسلطة البيروقراطية، و تفويض السلطة عند سيلزك ، ركزوا في دراستهم على أن السلطة تقوم على قبول المرؤوسين لها وهذا القبول مرتبط بالتأثير وليس بالموثر ، ونجد ان القاسم المشترك لهذه التوجهات الفكرية جميعها هي اشتراكها في مبدأ وحدة السلطة والأمر ، وتبرز بذلك أهمية وحدة السلطة في تحقيق النظام داخل المؤسسة من خلال وضوح تفاصيل العمل لدى المرؤوسين وتقاديا للصراعات بين مالِك السلطة والتابعين وتقليل الغموض في الأدوار وزيادة الثقة عند تنفيذ الأعمال.

ولكنه ما يميز المؤسسة الاستشفائية هو وجود خطين للسلطة وهي السلطة الطبية والسلطة الإدارية، كون الجامعة والمستشفى مؤسستين في مؤسسة واحدة ويظهر ذلك جليا من العلاقة الموجودة بين المعرفة والممارسة الطبية وبين المعارف الطبية وتطور الطب لذلك تشكل المؤسسة الاستشفائية نموذجا تنظيميا وتسييرا للمعرفة التي تسبق العلاج ،حيث أنها تهيكله أكثر وتؤثر على نوعية تنظيمه البيروقراطي، ويوصف النموذج المستعمل في المستشفى بنموذج البيروقراطي المهني الذي يكون فيه توزيع السلطة غير متساو بين الفريق الطبي والفريق الإداري بسبب اختلاف طبيعة نشاطهم فالأهمية الاجتماعية للنشاط الطبي تعطيه سلطة التأثير اكبر من الفريق الإداري، فقد يملك السلطة من له القدرة

على مراقبة مناطق الشك المتمثلة في عدة جوانب (مصير المرضى، الجانب الاقتصادي والمالي، وكذا تعقد التنظيم) فالأطباء يراقبون مصير المريض ويعتمدون في ذلك على شبه طبيين ذوي تخصص بيولوجيا(المخبر) والأشعة لتشخيص المرض من جهة ، ومن جهة أخرى بمساعدة الممرضون (الممرضات) والأعوان في عامل المراقبة والعلاج فهم من يمتلك المعلومات الخاصة بالمرضى، أما بالنسبة للإدارة العليا فإنها تراقب المستقبل الاقتصادي لأنها صاحبة القرارات، وتظهر علاقة توزيع السلطة بجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية في عدة أبعاد أبرزها المشاركة في اتخاذ القرارات ، و تقسيم العمل ،وتفعيل عملية الاتصال التنظيمي .

إن القرار هو التعبير الأول عن السلطة الرسمية لأنه يتضمن إحداث تغيير في مراكز الأفراد والسياسات وظروف العمل ،و من الناحية الرسمية يمثل اتخاذ القرارات المهمة الرسمية للرئاسة الإدارية، والرئيس الإداري لن يكون قائدا إداريا بالمعنى الدقيق إذا انفرد بسلطة اتخاذ القرار دون مشاركة و مشاوره معاونيه ومجموعات الأفراد المعنيين بالقرار، بل و يوفض أيضا السلطة للفاعلين الاجتماعيين الذين يملكون مؤهلات علمية ومهنية .

تقسيم العمل يؤدي بضرورة إلى زيادة اعتماد أفراد المجتمع على بعضهم البعض وعلى تنمية قدراتهم وتفعيل أدائهم من خلال أداء كل فاعل دور وظيفي معين بجودة عالية نتيجة لتخصصه الوظيفي فيه، الذي يكسبه مهارة في أدائه هذا من الوجهة الايجابية اما من الوجهة السلبية فقد يؤدي تقسيم العمل غير مدروس والذي لا يراعي نفسيات الفاعلين الاجتماعيين في المنظمة وتكوينهم الشخصي وطموحاتهم وأهدافهم الآتية والمستقبلية إلى شعورهم بالرتابة والملل من العمل مما ينتج عنهم كرههم له فبدل من أن يصبح فاعلا اجتماعيا يصبح معوقا وظيفيا وبالتالي يؤثر على جودة الخدمات المقدمة.

يعد الاتصال الجيد احد دعائم المؤسسة الرئيسية إذ تقوم الأعمال والمهام على البيانات والحقائق المتبادلة بين الفاعلين الاجتماعيين في المؤسسة على اختلاف مستوياتهم داخل التنظيم، مما يساعد على ظهور التعاون في العمل وعلى الجودة في تقديم الخدمة إذن هنا الجودة مرتبة بالعناصر الأساسية للاتصال التي تقول على من يقول؟ ماذا كيف؟ ومتى؟ مع الأخذ بالاعتبار في هذا السياق العلاقة بين القائمين بالاتصال، أي ان المستقبل ينظر لما يعبر عنه المرسل في علاقته مع مجموعة

من الأشياء الأخرى، فالمعنى الذي يعطيه للأشياء يأخذ بعين الاعتبار ارتباط العلاقات مع المرسل وطريقة تفاعله معها.

وينحصر مجال دراستنا الميدانية في المؤسسة الاستشفائية الجامعية التي تعد المراكز مؤسسات ذات طابع إداري، وشخصية معنوية واستقلال مالي، تنشأ بمرسوم مقترح من طرف وزير الصحة العمومية ووزير التعليم العالي، بعد استشارة لجنة التنسيق الوطنية للمراكز الاستشفائية الجامعية، ويمارس فيه وزير الصحة العمومية الوصاية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس وزير التعليم العالي الوصاية التربوية على جميع الأعمال المتعلقة بالأنشطة التربوية والعلمية في المؤسسة<sup>1</sup>، و يضم سلكين للموظفين سلك خاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية<sup>2</sup>، و سلك خاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية<sup>3</sup>، و له ثلاث مهام أساسية تتمثل في ميدان الصحة والعلاج وفي مجال التكوين وفي البحث، ويجب توفره على تسعة اختصاصات كحد أدناه كما أقر المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 في مادته السابعة كالاتي:(الطب الداخلي، الجراحة العامة، طب الأطفال، أمراض النساء والتوليد، أمراض الأذن والأنف والحنجرة، أمراض العيون، الراديو الإشعاعي، البيولوجيا، التخدير والإنعاش)<sup>4</sup>، وسنختار بعض من هذه المصالح وندرسها من حيث أبعاد توزيع السلطة السابقة الذكر وكيفية تأثيرها على جودة الخدمات للفاعلين الاجتماعيين في مؤسسة الاستشفائية من أسلاك طبية وأسلاك شبه طبية بالإضافة إلى مستقبل الخدمة وهو المريض.

ومما سبق ذكره تأتي هذه الدراسة بغية الكشف عن توزيع السلطة في المستشفيات وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية ومن هذا الطرح يمكننا حصر إشكاليه الدراسة في التساؤل الرئيسي وتساؤلات فرعية هي كالاتي:

<sup>1</sup> ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 86-25، المادة رقم 06، يتضمن القانون الأساسي النموذج للمراكز الاستشفائية الجامعية، ج ج د ش، عدد 06، الصادر في 11 فيفري 1986، ص 116.

<sup>2</sup> ج ج د ش، مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 20، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية، ج ج د ش، العدد 70، الصادرة في 24 نوفمبر 2009، ص 10.

<sup>3</sup> ج ج د ش، مرسوم تنفيذي رقم 11-121، المادة رقم 2، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية، ج ج د ش، العدد 17، الصادرة في 20 مارس 2011، ص 9.

<sup>4</sup> المرسوم التنفيذي رقم 86-25، المادة رقم 7، ص 117.



- التساؤل الرئيسي:

ما طبيعة العلاقة بين توزيع السلطة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية محل الدراسة؟

- التساؤلات الجزئية:

- هل مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار يعزز من قدرتهم على التأمين الفعال للخدمات الصحية؟

- هل تقسيم العاملين وفق معايير موضوعية يفعل على نحو أمثل أداء الموارد البشرية وينميها في المؤسسة؟

- هل تفعيل التواصل في المؤسسة يساعد العاملين على التكفل بشكل أحسن بالخدمات الصحية؟

من خلال هذه التساؤلات يمكن صياغة الفرضيات التالية حول الدراسة

- الفرضية العامة:

توجد علاقة بين توزيع السلطة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية.

- الفرضيات الجزئية:

- إن مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار يعزز من قدرتهم على التأمين الفعال للخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (توسيع دائرة المشاركة والمشاورة في عملية اتخاذ القرار، تفويض السلطة بين ممارسي الصحة).

- إن تقسيم العمل وفق معايير موضوعية يفعل على نحو أمثل أداء الموارد البشرية وينميها في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (طريقة العمل، تنظيم وحجمه العمل، العدالة في التقسيم المناوبات والمهام).

- إن تفعيل التواصل في المؤسسة يساعد العاملين على التكفل بشكل أحسن بالخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (وقت وصول المعلومة ودقتها، الوسيلة الاتصالية المتبعة، طبيعة العلاقة بين الممارسين لصحة).

## ثالثا- أهمية الدراسة :

إن أهمية البحث تتوقف على أهمية الظاهرة التي يتم دراستها، وعلى قيمتها العلمية وما يمكن أن تحققه من نتائج يمكن الاستفادة منها، وما يتمخض عنها من حقائق يمكن الاستدلال بها وتتبع أهمية الدراسة الحالية مما يلي:

- يعد هذا البحث من البحوث الوظيفية والسلوكية في الإدارة الصحية التي تهتم بدراسة المستشفيات، وهي تعد منظمات ذات أهمية بالغة في المجتمع لما تقدمه من خدمات تساهم في رعاية الأفراد وصون حياتهم.

- تسليط الضوء على واحدة من أهم المشاكل التي تعيق جودة أداء العاملين في المستشفيات، ألا وهي ظاهرة توزيع السلطة وازدواجيتها، وذلك بالبحث عن أسباب ومبررات وجود هذه الظاهرة، ونتائجها على المستويين الإداري والفني (الطبي).

- كما أن هذه الدراسة تكتسي طابعا اجتماعيا زيادة على الطابع التسيري لها، وهي من الدراسات التي تهدف إلى تنمية وتطوير الأداء البشري، الذي هو برأينا أساس كل الآداءات الأخرى.

- تزيد من إدراك الإدارات في المستشفيات لمفهوم أهمية السلطة من حيث أبعادها ( اتخاذ القرارات وتقسيم العمل وكيفية الاتصال ) والآثار السلبية المترتبة عن سوء استعمالها، وكيف تنعكس بالسلب على جودة الخدمات الصحية .

- توفير قاعدة بيانات ومعلومات تساعد الإدارة العليا في المستشفيات على تطوير وتحسين الخدمات الصحية، بما يجعل المستشفى قادرا على الوفاء بمسئوليات تنفيذ المهام التي تحقق أنجز من أجلها.

## رابعا- أسباب اختيار موضوع الدراسة:

يتشكل أي موضوع في ذهن الباحث من خلال جملة من الأسباب تقوده الى اختيار موضوع للدراسة، فعملية تحديد او اختيار موضوع الدراسة العلمية غير خاضعة لعامل الصدفة او العفوية، بل هي عملية قائمة على جملة من الأسباب والعوامل، ولعل من اهم الأسباب التي دفعتنا لاختيار موضوع الدراسة تقوم على أساسيين:

**ا. الأسباب الذاتية:**

- الميل الذاتي للموضوع في محاولة استبيان خفاياه ومضامينه مع العلم بالصعوبة المعرفية الميدانية، كون أن هذه المنظمات تعتبر مجالاً خصباً للدراسة، كما أنها مرفق جد حيوي يجب التركيز عليه والاهتمام به، من أجل تحسين وتطوير خدماته التي هي مرتبطة أساساً بصحة المواطنين.

- والسبب الثاني الكامن وراء اختيار الموضوع الممارسات السلبية التي نعيشها يومياً في المستشفيات والتي تجعلنا نتساءل عن سبب سوء الخدمات الصحية داخل المؤسسات الصحية العمومية.

**ا. الأسباب الموضوعية:**

- قلة الكتابات السوسيولوجية في الموضوع، وكثرت الدراسات حول إدارة المستشفيات وجودة الخدمات الصحية لكن بنظرة اقتصادية.

- التعرف على نسق السلطة المتبع في المؤسسة الاستشفائية التي يندر وجودها في بقية المنظمات بسبب الخصائص الاجتماعية والتنظيمية التي ينفرد بها عن باقي المؤسسات الاستشفائية.

- رصد أهم الثغرات والنقائص في تسيير المؤسسة الاستشفائية من خلال طبيعة اتخاذ القرارات والاتصال وتقسيم العمل، والتي قد تكون السبب وراء نقص الخدمات الصحية وعدم تميزها بالجودة.

هذه أهم الأسباب التي جعلت اختيار الموضوع ليس محل للصدفة ولا للمواقف بل هو اختيار مبني على اقتناع يرجع للأسباب السابقة.

**خامساً - أهداف الدراسة:**

ان لكل بحث هدفه، وخاصة وان قيمة البحث فيما يقدمه لا على المستوى الشخصي، بل لما يضيفه على الصعيد المعرفي من إجابات على تساؤلات الدراسة، وهذه الدراسة جاءت محاولة لتحقيق جملة أهداف هي:

- وضع تصورات نظرية حول السلطة التنظيمية وجودة الخدمات الصحية.

- التعرف على توزيع السلطة داخل المستشفى من خلال أبعادها " اتخاذ القرارات وتقسيم العمل

والاتصال " ومؤشراتها.

- تحديد طبيعة وقوة العلاقة التي تربط بين مالكي السلطة - سلطة الإدارية- المتمثلة في رؤساء المصالح" أستاذ رئيس المصلحة مسئول على الأسلاك الطبية، ورئيس المصلحة المسئول على شبه الطبيين"، والتابعين وهم الممارسين للصحة بصفة عامة بمختلف رتبهم وتخصصاتهم في كلتا السلكيين الطبي والشبه الطبي.

- تشخيص واقع الخدمات الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية من منظور الفاعلين الاجتماعيين فيها التي تضم مقدمي الخدمة" ممارسي السلطة بمختلف تخصصاتهم ورتبهم" ومستقبلي الخدمة" المرضى".

- تحديد طبيعة العلاقة بين توزيع السلطة وجودة الخدمات الصحية.

### سادسا: مفاهيم الدراسة:

#### 1. توزيع السلطة التنظيمية:

هي أحد الخصائص الوظيفية الأساسية التي لا يمكن للإدارة الاستغناء عنها فهي التي تشكل وتنظم باقي الأنساق الوظيفية بهدف الوصول الى تقديم خدمات جيدة.

ان السلطة دائما تتوفر على التأثير، سواء كانت فعل أو علاقة اجتماعية ودائما تقضي خضوع البعض للآخر مهما كانت وسائلها وطرق ممارستها الشرعية أو اللاشرعية، إذن فتوزيع السلطة في المؤسسة هي تقسيم وتحديد الصلاحية المخولة لممارس السلطة في اتخاذ القرارات وتقسيم العمل وإعطاء الأوامر للتابعين والحصول على امتثالهم للقرارات وتنفيذ الاعمال المكلفين بها ، و في إطار هذا النظام الداخلي تتحدد الممارسات الوظيفية للفاعلين سواء ممارسي السلطة أو التابعين لها ، مع الأخذ في عين الاعتبار العلاقة القائمة بين ممارسي السلطة والتابعين ، أي ان التابع لسلطة ينظر لما يعبر عنه مالك السلطة في اطار العلاقات الموجودة داخل النسق الكلي او الجزئي في المؤسسة، وبالتالي تم التركيز في دراستنا لتوزيع السلطة على الابعاد التالية اتخاذ القرار، تقسيم العمل، والاتصال.

#### II. جودة الخدمات الصحية:

هي مفهوم نسبي يتميز بالاختلاف بين الفاعلين الاجتماعيين كل حسب موقعه الوظيفي، ولكن يشتركون في أهم المعايير البنائية للجودة وهي التأمين الفعال للخدمة مع التكفل الجيد بالمريض، من خلال تنمية وتفعيل أداء الموارد البشرية والمادية.

### III. مفهوم المستشفى الجامعي:

عبارة عن منظمة اجتماعية تمتلكها هيئات رسمية تقوم على رعاية شؤونها ومصالحها ، تتكون من مجموعة من الانساق تشكل البناء الكلي حيث لكل نسق وظيفة معينة ، تتساند أجزاءه وظيفيا لتقديم خدمات صحية جيدة لعامة المجتمع مقابل أجر رمزي.

#### سابعا- الدراسات السابقة:

سنعرض إلى بعض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع توزيع السلطة وجودة الخدمات الصحية

حيث تنوعت هذه الدراسات فيما بينها من حيث المنهج وموضوع الدراسة ومن حيث وجهات النظر المختلفة، والأکید أن التقصي في مضامين هذه الدراسات سيشكل سندا مهما ينطلق من خلاله البحث في إشكالية جديدة مقارنة أو مكملة لجهود سابقة هي نقطة انطلاق للدراسة ودعامتها الأساسية.

وبعد مراجعة العديد من البحوث والدراسات ورسائل المجستير والدكتوراه بغرض تعزيز هذا البحث ، فقد وجدت أن البحوث والدراسات التالية تتفق مع أهداف هذه الدراسة وترتبط مباشرة بالإشكالية محل البحث ومتغيري الدراسة ، وتم تقسيم الدراسات السابقة إلى قسمين قسم متعلق بالمتغير الأول وهو النسق السلطوي ، وقسم متعلق بالمتغير الثاني وهو جودة الخدمات الصحية.

#### 1- دراسات السابقة المتعلقة بالنسق السلطوي:

##### - الدراسة الأولى:

دراسة بلوم اسمهان بعنوان: " نسق السلطة التنظيمية وعلاقته بالوظائف التنفيذية لنسق تسيير الموارد البشرية دراسة مقارنة لمؤسستين عامة وخاصة" دراسة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم علم الاجتماع تنظيم وعمل.

تم إجراء هذه الدراسة سنة 2011/2012 بالمؤسسة العمومية للأشغال والطباعة دار الشهاب للطباعة والنشر باتنة.

**- مشكلة الدراسة وفرضيات الدراسة:**

جاءت هذه الدراسة للإجابة على الإشكالية التالية: هل لعقلانية نسق السلطة التنظيمية علاقة بفعالية التنفيذ لنسق تسيير الموارد البشرية؟

**الفرضية الرئيسية:** لنسق السلطة التنظيمية العقلانية علاقة بفعالية الوظائف التنفيذية لنسق تسيير الموارد البشرية.

**الفرضيات الفرعية:**

- تعمل السلطة التنظيمية العقلانية على تفعيل العملية التوظيفية.
- تساهم السلطة التنظيمية العقلانية بثمنين العملية التكوينية.
- تضمن السلطة التنظيمية العقلانية تعزيز العملية التحفيزية.

**أهداف الدراسة:**

تهدف الدراسة إلى ما يلي:

- اكتشاف الخصائص التنظيمية المميزة لهذين التنظيمين.
- الوقوف على واقع السلطة التنظيمية في القطاعين العام والخاص.
- محاولة معرفة النمط السلطوي المكرس في البيئة التنظيمية.
- الوقوف على مدى عقلانية القرارات التنظيمية من خلال كشف الستار على واقع المشاركة العمالية في اتخاذ القرارات.
- كشف عن نظرة ممارسي السلطة لموقع إدارة الموارد البشرية.

**عينة الدراسة:**

من خلال إشكالية الدراسة وطبيعة أبعادها ومؤشراتها ومنهجية التعامل مع عمال الورشات، قامت الباحثة بإجراء مسح بالعينة لعمال المصلحة التقنية بالتنظيمين مجال الدراسة.

### المنهج والأدوات المستعملة:

تماشياً مع طبيعة الواقع البحثي وتوجهاته النظرية دعت الإجراءات المنهجية والفنية لدراسة الباحثة إلى إتباع المنهج المقارن في إطار عقد مقارنات مغايرة بين تنظيمين يختلفان في الأطر القانونية التي حددتها طبيعة الملكية - عامة وخاصة- وتوجهت هذه الدراسة إلى تضمين معالم هذا المنهج لقدرته المنهجية الوصفية التحليلية على وصف وإبراز أوجه التشابه والاختلاف على المستوى التنظيمي مجال الدراسة في إطار تكوين النسق السلطوي.

كما استعانت الباحثة في دراستها على استمارة مقابلة تضمنت 59 سؤالاً بعضها مفتوح والآخر مغلق وجهت إلى ثمانين مبحوثاً حسب متغيرات الدراسة

كما استخدمت الباحثة المقابلة وذلك للاختلاف النوعي بين فئات المبحوثين وتضمنت ثلاثة دلائل:

- دليل خاص بالمشرفين.
- دليل خاص بالمشرفين على مصلحة الموارد البشرية
- دليل آخر خاص بمديري التنظيم العام والخاص.

### نتائج الدراسة:

- عدم اتساق النسق السلطوي مع مبادئ ومتطلبات المؤسسة المستقلة التي لم تسمح بتطوير وتعديل خصائص البنية وفق المعايير الموضوعية التي تتماشى ومنطق العقلانية والفعالية، فقهرية النمط السلطوي واكتسابه الطابع الشخصي، قهرية ومادية الأسس السلطوية، عدم عقلنة القرارات التنظيمية في أسسها، آلياتها ومنظوماتها المعيارية والقيمية التنظيمية وجعله يسير آليات الميزة التنافسية.

- على مستوى البنية التنظيمية الخاصة فلقد كان للخصوصيات الثقافية المتجذرة في ذهنيات العمال الجزائريين، إضافة إلى خصوصية السياق المجتمعاتي الاقتصادي أداة تصويرية كافية لقهرية الممارسات السلطوية بمنطلقات تايلورية وميشلزنية، ترسخ الإكراه، و تجعل من النسق الأبوي كمنوال تنظيمي لربط الفئات الفاعلة بعلاقة إلية محضة تدحض أنسنه بيئة العمل، وتكبح الحساسية

الاجتماعية، و تتميز الفعالية التنظيمية فالأدائية بمناجي بعيدة عن رشادة وعقلانية نسق تسيير الموارد البشرية.

### الدراسة الثانية:

عبد المالك همام: " توزيع السلطة بالمؤسسة الجامعية وعلاقتها بالاستقرار التنظيمي" دراسة ميدانية بجامعة الحاج لخضر - باتنة - مذكرة أنجزت سنة 2013-2014، لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص تنظيم وعمل.

### إشكالية الدراسة:

جاءت هذه الدراسة للإجابة على التساؤل الرئيسي التالي: إلى أي مدى يؤثر نظام توزيع السلطة بالمؤسسة الجامعية في تحقيق الاستقرار التنظيمي فيها؟

وانبثق عنها مجموعة تساؤلات فرعية كآلاتي:

- إلى أي مدى يؤثر وضوح تراتب السلطة بالمؤسسة الجامعية في تحقيق الاستقرار التنظيمي؟
- ما جدوى مساهمة التوازن في توزيع السلطة بين الهيئات العلمية (المنتخبة) والهيئات الإدارية (المعينة) في الاستقرار التنظيمي؟
- إلى أي مدى يؤثر التداخل بين مستويات السلطة بالمؤسسة الجامعية في الاستقرار التنظيمي؟
- ما مدى مساهمة توسيع المشاركة في اتخاذ القرارات بالمؤسسة الجامعية في الاستقرار التنظيمي؟

- إلى أي مدى يؤثر نظام تفويض السلطة بالمؤسسة الجامعية في الاستقرار التنظيمي؟

### أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة إلى التعرف والكشف على ما يلي:
- علاقة الرقابة التنظيمية كمصدر لبناء وتوزيع السلطة بالاستقرار المؤسسي لدى المسؤولين بالمؤسسة الجامعية وذلك بوصف الجوانب والنواحي التي تمارس من خلالها هذه السلطة.
- علاقة التسلسل الرئاسي بالمواظبة والانضباط داخل المؤسسة.



- القواعد التنظيمية وعلاقتها باحترام قرارات السلطة المفوضة في الهيكل الرئاسي التسلسلي الذي يشمل التنظيم العام في المؤسسة الجامعية.
- العلاقات الإنسانية ودورها في تماثل قيم العاملين والمشرفين مع القيم السائدة والقرارات الجامعية التي تتخذها إدارة الجامعة.
- الكشف عن أهم الانعكاسات المرتبة عن تداخل الصلاحيات بين سلطة عليا لا بد من تنفيذ قراراتها وأخرى مرتبطة بعدم مخالفتها، وعلاقة ذلك بالاستقرار التنظيمي الفعال داخل المؤسسة.
- تعدد مصادر الأوامر وعلاقته بظهور الصراعات بين الفئات التي فوضت لها السلطة في مختلف المستويات التنظيمية للمؤسسة الجامعية.
- المنهج المستعمل وأدوات الدراسة:

تماشياً مع طبيعة الموضوع وأهداف الدراسة الراهنة ومن أجل الإحاطة بموضوع السلطة وطبيعة العلاقة التي تربط متغيراتها بمتغيرات الاستقرار التنظيمي كان لزاماً على الباحث استخدام المنهج الوصفي باعتماد طريقة المسح بالعينة، هذا المنهج الذي اكتفى فيه بدراسة عينة محددة بطريقة عشوائية نفترض فيها تمثيل بقية مجتمع البحث (أساتذة جامعة باتنة 1).

وتم جمع المعلومات من خلال ما يلي:

- الملاحظة: استعمل الملاحظة المباشرة من خلال التعامل مع موظفي الجامعة بمختلف مستوياتهم التنظيمية ورتبهم وطبيعة أنشطتهم المختلفة من خلال الاحتكاك بهم.
- الاستمارة والاستبيان: وزعت الاستمارة على مجتمع البحث الذي يتمثل في الإطارات العليا وتضمنت الاستمارة 41 سؤال.
- المقابلة: استعمل الباحث المقابلة في المجالات التالية:
- المقابلة مع بعض الأساتذة المكلفين بمهام إدارية بغرض الحصول على البيانات المتعلقة بمخطط تسير الموارد البشرية، الهيكل التنظيمي، وتوزيع الأساتذة والمشرفين والمسؤولين على مختلف المستويات التنظيمية للمؤسسة وتوضيح ما هو مبهم لدى الباحث فيما يخص كيفية تنظيم الأنشطة وتقسيم الأدوار وأساليب التسيير المعتمدة.
- المقابلة مع بعض رؤساء اللجان العلمية لتوضيح الأهداف المرجوة من هذه الدراسة وتوضيح مهام هذه اللجان أكثر.

-المقابلة مع بعض أساتذة هيئة التدريس للاستفسار عن الظروف التنظيمية التي يعملون وفقها وكذلك لشرح الغرض من البحث.

### عينة الدراسة:

عينة عشوائية متعددة المراحل كانت عددها 116 أستاذ مقدر بنسبة 25.

### النتائج المتوصل إليها:

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج انطلاقا من علاقات السلطة كمفهوم مركزي نذكر منها:

- يساهم التوازن في توزيع السلطة بالمؤسسة الجامعية في الاستقرار التنظيمي.
- إن توسيع المشاركة في اتخاذ القرارات تزيد من نسبة الاستقرار التنظيمي.
- كلما كان النظام تفويض السلطة مبنيا على الاحترام والثقة والانسجام والاهتمام بكل مستويات التفويض كلما زادت رغبة الاستقرار لدى الموظفين داخل المؤسسة الجامعية.
- يؤدي التداخل بين مستويات السلطة في المؤسسة الجامعية إلى عدم استقرارها لأنه كلما زاد تداخل الصلاحيات انخفضت مستويات ولاء الموظفين داخل المؤسسة الجامعية.

### الدراسة الثالثة:

عراية الحاج: " أثر ازدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفيات دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص " أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علوم التسيير تخصص تسيير عمومي بجامعة بسكرة لسنة 2010-2011.

### إشكالية الدراسة:

جاءت هذه الدراسة للإجابة على التساؤل الرئيسي التالي: كيف تؤثر ازدواجية السلطة في أداء العاملين بالمستشفيات العامة والعاملين بالمستشفيات الخاصة؟ وما هي أوجه التشابه والاختلاف بين الحالتين في ظل تنامي القطاع الخاص على حساب القطاع العام؟

ونفرت منه مجموعة الأسئلة فرعية كآلاتي:

- ما مفهوم ازدواجية السلطة داخل المستشفيات؟
- هل هناك فروق في أثر ازدواجية السلطة (هرمية ومركزية) على علاقة العامل مع الرؤساء بين كل من المستشفيات العامة والخاصة؟
- هل هناك فرق في أثر ازدواجية السلطة (هرمية ومركزية السلطة) على الدور الوظيفي للعامل بين كل من المستشفيات العامة والخاصة؟
- هل هناك فرق في أثر ازدواجية السلطة على أداء العاملين بين المستشفيات العامة والخاصة يرجع لأحد المتغيرات الوظيفية أو أكثر لهؤلاء العاملين؟

### أهداف الدراسة:

- يسعى البحث إلى تحقيق مجموعة من الأهداف أهمها:
- التحديد الجيد لمفهوم ازدواجية السلطة وأشكالها من الجانب النظري، ومحاولة معرفة الآثار السلبية أو حتى الايجابية لهذه الظاهرة في واقع المستشفيات العامة والخاصة.
- البحث عن العلاقة الموجودة بين التنظيم داخل كل مستشفى ونمط السلطة السائد فيه، لاستخلاص العلاقة التي تربط بين شكل التنظيم في المنظمات الصحية وأنواع السلطات السائدة فيها بشكل عام.
- تحديد طبيعة وقوة العلاقة التي تربط بين السلطتين في كل مستشفى، وبينهما وبين الأفراد التابعين لهما داخل المستشفى العام أو الخاص.
- معرفة أوجه التشابه والاختلاف في النتائج المتعلقة بآثار الظاهرة المدروسة في الواقع على أداء العاملين في كل نوع من المستشفيات ومحاولة تفسير أسباب بعض الاختلافات التنظيمية أو الاجتماعية أو الثقافية.

### المنهج وأدوات الدراسة:

- استعمل الباحث المنهج المقارن للمقارنة بين المستشفيات العامة والخاصة لاستخراج أوجه التشابه والاختلاف بين نتائج وجود هذه الظاهرة في كلى النوعين من المستشفيات.

وقد تمت الدراسة على أربعة (4) مستشفيات عامة وستة (06) مستشفيات خاصة باستخدام عينتين مختلفتين من عمال كلى القطاعين عن طريق أداة الاستبيان حيث تم تحليل (91) استبيان بالنسبة لمستشفيات القطاع العام و(57) استبيان بالنسبة لمستشفيات القطاع الخاص.

### عينة الدراسة:

عند اختيار عينة الدراسة تم مراعاة ضرورة وقوع العاملين المختارين في المستشفيات تحت تأثير السلطتين الطبية والإدارية في وقت واحد وبصفة مباشرة من هذا المنطلق كان التركيز في الاختيار على عينة الدراسة من عمال الشبه الطبيين (المرضين والمرضات)

### النتائج المتوصل إليها:

تم التوصل بان هناك اختلافا في أثر ازدواجية السلطة على أداء العاملين تبعا لكل قطاع، حيث أن هذه الظاهرة تبرز أكثر بالنسبة للعاملين في المستشفيات الخاصة، بسبب صغر حجم هذه الأخيرة مقارنة بنظيراتها المستشفيات العامة وبسبب أن الهيكل التنظيمي للمستشفيات الخاصة يتميز بأنه اقل تعقيدا منه بالنسبة للمستشفيات العامة، رغم أن السلطة ليست هرمية وليست مركزية في كلى النوعين من المستشفيات.

## 2- دراسات السابقة المتعلقة بالخدمات الصحية وجودتها:

### الدراسة الأولى:

ناصر عبد الكريم الخوالدة: "تقييم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية دراسة ميدانية على عينة من المستفيدين" رسالة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع كلية الدراسات العليا الجامعة الأردنية لسنة 2006.

### مشكلة الدراسة:

مشكلة الدراسة تتلخص بمحاولة الإجابة عن السؤال الرئيسي التالي: ما مدى فعالية الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية في المملكة الأردنية الهاشمية؟

**أهداف الدراسة:**

تهدف الدراسة إلى ما يلي:

- التعرف إلى اتجاهات أفراد العينة نحو مستوى الخدمات التي تقدمها المستشفيات الحكومية.
- التعرف إلى مختلف المشكلات والمعوقات التي تؤثر على كفاءة أداء الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية.
- التعرف إلى مدى تأثير الظروف الفيزيكية على كفاءة العاملين في المستشفيات الحكومية.
- التعرف إلى مدى فعالية الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية.
- التعرف إلى أوجه التباين بمستوى الخدمات المقدمة في المستشفيات الحكومية.
- التعرف إلى مدى ملائمة الخدمات الصيدلانية ودرجة فاعليتها وتحقيقها للأدوار المنوطة بها.
- التعرف إلى السبل والإجراءات التي تؤدي إلى رفع مستوى الخدمات السريرية التي تقدمها المستشفيات الحكومية للمرضى.

**المنهج وأدوات الدراسة:**

تتنمي الدراسة إلى الدراسات الوصفية التحليلية للوصول إلى الحقائق التي تتماشى وأهدافها وتساؤلاتها ومنطقاتها.

تم جمع البيانات عن طريق استمارتين الأولى موجهة لمراجعي عيادات الاختصاص ويحتوي على أربعة وأربعين سؤالاً، والثانية موجهة لنزلاء المستشفيات وتحتوي على ثمانية وثلاثين سؤالاً.

**عينة الدراسة:**

تم استخدام العينة العشوائية البسيطة حيث تم اختيار عينة الدراسة من مراجعي عيادات الاختصاص ونزلاء المستشفيات من المرضى.

**أهم النتائج المتوصل إليها:**

إن مراجعي عيادات الاختصاص أقل رضا عن مجمل الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفيات من نزلاء المستشفيات ويعود السبب لاكتظاظ المراجعين لعيادات الاختصاص وكثرة ما يشاهده الطبيب

المختص وبالتالي عدم إعطاء المريض الوقت والاهتمام اللازمين بينما يتم منح المريض نزيل المستشفى اهتماماً أكبر نتيجة قلة عددهم مقارنة بالمراجعين.

### الدراسة الثانية:

احمد شجاع السعدي: "تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت" هذه الدراسة تعد استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة في جامعة عمان العربية للدراسات العليا أعدت 2007.

### إشكالية الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء بدولة الكويت، وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- هل يعد مستوى أداء نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء بدولة الكويت منخفضاً؟

- هل يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعاً لاختلاف طبيعة العمل؟

- هل يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعاً لاختلاف الخبرة الوظيفية؟

- هل يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعاً لاختلاف المستوى التعليمي؟

### أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

- التحقق من فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة.

- تشخيص التباين في تقييم فاعلية نظام الجودة الصحية في مستشفى الجهراء وفقاً للمتغيرات الشخصية لأفراد عينة الدراسة.

- الخروج بنتائج وتوصيات حول فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفى.

### المنهج وأدوات الدراسة:

لمنهج المستعمل هو المنهج الوصفي الإحصائي.

ولتحقيق الدراسة قام الباحث بإعداد وتصميم استبانته للدراسة، حيث اشتملت على جميع متغيرات الدراسة وتضمنت على (46) فقرة.

### عينة الدراسة:

شمل مجتمع الدراسة على كافة العاملين ولمختلف التخصصات في مستشفى الجهراء بدولة الكويت، ونظرا لكبير حجم المجتمع لجأ الباحث إلى اختيار عينة بنسبة 30% وتم الاختيار عن طريق العينة الطبقية العشوائية وبأسلوب تناسبي.

### أهم النتائج المتوصل إليها:

- أظهرت نتائج السؤال الأول بان بعد الخدمات الفنية احتل المرتبة الأولى ثم يأتي بعد الخدمات الفندقية تم في الأخير بعد الخدمات الإدارية من ناحية الانخفاض في الجودة.

- يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعا لاختلاف طبيعة العمل.

- يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعا لاختلاف الخبرة الوظيفية.

يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعا لاختلاف المستوى التعليمي.

### الدراسة الثالثة:

عدمان مريزق: " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة " أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، السنة الجامعية 2008/2007.

## إشكالية الدراسة:

جاء هذا البحث ليجيب على التساؤل الرئيسي التالي: ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة؟

وتفرغ عن هذا السؤال الجوهرى جملة من الأسئلة الفرعية نعرضها فيما يلي:

- ما هو مستوى رضا المرضى عن بعض جوانب الخدمة في المؤسسات الصحية؟
- ماهي العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي لتقديم خدمات ذات جودة؟
- ماهي العراقيل التي تواجه الطاقم الطبي لتقديم خدمات ذات جودة؟

## أهداف الدراسة:

هذا البحث يهدف إلى تحقيق جملة من الأهداف وهي كالآتي:

- إبراز مشاكل القياس التكاليفي في مجال جودة الخدمات الصحية.
- الوصول إلى الأولويات الخاصة بمشاكل جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية حتى يمكن توفير سبل العلاج.
- عرض أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر كخطوة أولى من أجل اقتراح الحلول لمعالجتها
- عرض واقع جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية.
- عرض أهم عراقيل التي تقف أمام الطاقم الطبي والطاقم شبه الطبي من أجل تقديم خدمات ذات جودة.

## المنهج وأدوات الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة بالإضافة لبعض الأساليب الإحصائية لتحليل بيانات الدراسة الميدانية.

تم جمع بيانات التالية عن طريق:

-المقابلات الشخصية مع الأطباء وأفراد الطاقم الطبي والمرضى بالمؤسسات الصحية موضع

الدراسة.



-تصميم ثلاث أنواع من الاستمارات: الأولى موجهة للمرضى والثانية موجهة للطاقم الطبي والطبي والثالثة موجهة للطاقم الطبي.

### نتائج الدراسة المتوصل إليها:

- يمكن إجمال مؤشرات نظام تقييم الأداء في أربع مجموعات رئيسية وهي: مؤشرات أداء الموارد البشرية، مؤشرات تقييم أداء الموارد المالية والمادية، مؤشرات تقييم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية، مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية.
- تختلف جودة الخدمات الصحية باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي.
- عدم تكفل الطاقم الطبي بشكل كاف على مستوى كل المؤسسة الصحية.
- العقبات التي تواجه الطاقم الطبي لتقديم خدمات ذات جودة هي قلة فرص التكوين، عدم ملائمة التكوين لاحتياجات المتكولين، ضعف التأطير، عدم وضوح التأطير، عدم وضوح نسبي للمهام، عدم الرضا عن ظروف العمل، انخفاض مستوى النظافة.
- العقبات التي تواجه الطاقم الطبي لتقديم خدمات ذات جودة هي قلة إمكانيات التكوين المستمر، قلة توافر وسائل العمل، قلة التنظيم، انخفاض مستوى الأجر، رداءة مستوى النظافة، وجود التهابات مكتسبة في المستشفى، ضعف التوعية بمشروع الإصلاح.

### - الدراسة الرابعة:

وفاء سلطاني والهام يحيياوي: " استخدام نموذج (Servqual) لتقييم مستوى الخدمات الصحية دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة.

### إشكالية الدراسة:

جاء هذا البحث ليجيب على التساؤل الرئيسي التالي: كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية باستخدام نموذج (Servqual) في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة؟

وتفرغ عن هذا السؤال الجوهرى جملة من الأسئلة الفرعية نعرضها فيما يلي:

- ما هي الخدمة الصحية؟ وما هي أبعاد تقييمها؟

- ما هو نموذج (Servqual)؟

- ماهي توقعات المرضى لمستويات الخدمة الصحية في المؤسسات الخاصة بباتنة؟
- هل هناك إدراك من طرف القائم على الخدمة الصحية لتوقعات المرضى ورغباتهم؟
- ما هي الإدراكات الفعلية للمرضى فيما يتعلق بمستويات الخدمة الصحية؟
- ما حجم الفجوة بين ما يتوقعه المرضى من مستويات للخدمة الصحية وبين ادراكاتهم الفعلية منها؟

-فرضية الدراسة: بناءا على التساؤلات المطروحة وللإجابة على الاشكالية المطروحة تم وضع الفرضية التالية: يتم تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية للمؤسسات الاستشفائية بباتنة باستخدام نموذج (Servqual) الذي يستند على المعايير المستخدمة لتقييم جودة الخدمات الصحية من طرف زبائنهم.

#### أهداف الدراسة:

- هذا البحث يهدف إلى تحقيق جملة من الأهداف وهي كآلاتي:
- التعرف على ماهية الخدمة الصحية وابعاد تقييمها.
- التطرق الى نموذج (Servqual)
- ابراز واقع تقسيم مستوى الخدمات الصحية باستخدام نموذج (Servqual) في المؤسسات الاستشفائية بباتنة

#### المنهج وأدوات الدراسة:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي في الإجابة على أسئلة الدراسة، وتم استخدام أداة المقابلة، وتم معالجة البيانات عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية.

#### نتائج الدراسة المتوصل إليها:

- يتطلب تصميم الخدمات الصحية الاخذ بعين الاعتبار لتوقعات المرضى، لان هذا يعتبر حجر الزاوية في تطوير الخدمات وفق رغباتهم.
- يوافق افراد عينة الدراسة بدرجة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من طرف المصحات من ناحية معايير التقييم الخمسة لنموذج (Servqual) ورضا كبير عن الجودة.

- أكثر معايير تأثيرا على الجودة هما معياري الملموسية والتعاطف.
- كفاءة الطبيب المهنية للعامل في المؤسسة الاستشفائية التي يقصدها المريض تؤدي دورا أساسيا في تحسين جودة الخدمات المقدمة.

### موقع البحث المقترح من الدراسات السابقة:

الدراسات المقترحة ستضيف لا محالة أبعاد او معلومات جديدة إلى موضوع الدراسة سواء في شكل معطيات جديدة أو أسلوب في الطرح الجديد، أو تأكيد لنتائج سابقة أو تلميح لنقص أو تعديل القراءة التحليلية لمختلف الدراسات السابقة حول موضوع البحث، تسهم في تكوين رؤية واضحة وذلك من خلال تحديد الأبعاد التي تتطلب تركيزا أكبر مقارنة مع تلك التي تحتاج تركيزا اقل، ومع ذلك يمكن التأكيد على بعض النقاط التي تعدها الدراسة تعبيرا عن مشتركات حقيقية مع الدراسات المستعرضة والجهود السابقة.

- ما سبق يوجه الباحث الحالي إلى مسارات تعريفية فرعية للتعامل مع المتغيرات الأساسية للدراسة، السلطة وتوزيعها في المؤسسة الاستشفائية، ووجهة النظر للجودة من مختلف المنظورات مقدم خدمة ومستقبل الخدمة، لذلك تم اختيار الدراسات السابقة لتخدم المتغيرات السابقة.
- استفادة الدراسة الحالية من طريقة التعاطي مع الإشكاليات في اقتربها من متغيري الدراسة، سواء الجانب النظري أو العملي.

- من المعروف أن الدراسة الحالية قد تبنت بحث (توزيع السلطة وجودة الخدمات الصحية) يضم متغيران يأخذان في العلم السوسولوجي صعوبة في الاستعراض والتطرق، لذلك كان من الضروري الاستناد إلى مرجعية تمس المفهومين للاستفادة خاصة من المراجع العلمية، وبعض المؤشرات المرتبطة بالموضوع، وفروض الدراسة وأيضا المنطلقات النظرية المدعمة لذلك.

- في الجانب الامبريقي أفادت تلك الدراسات في معرفة أدوات جمع البيانات خاصة وان التعاطي مع نسق السلطوي يحتاج إلى تعامل دقيق فيه نوع من التحفظ، وبالتالي الاستفادة من طريقة التعامل معها ضروري للفت انتباه الباحث إلى نقائص وقصور قد يتم.

- إضافة إلى انه كما هو ملاحظ أن هناك تنوعا في الدراسات المختارة من أنحاء مختلفة - من دول عربية ودراسة محلية- وأزمنة مختلفة تتقاطع والمجتمع الجزائري في بعض خصائصه وبالتالي

تلك الدراسات من المفترض أن تكون موجها حقيقيا للتعامل مع المعطيات الميدانية في الواقع الجزائري.

- إضافة إلى الاستفادة التي تقدمها تلك الدراسات في التعاطي مع المعطيات النظرية والميدانية اي طريقة تحليل البيانات المحصل عليها لاختيار الفروض والإجابة عن التساؤلات.

## - الفصل الثاني: السلطة التنظيمية ومقاربتها السوسيونظرية

### أولاً- تعريف السلطة التنظيمية

١. تعريف التنظيم

٢. تعريف السلطة

٣. السلطة التنظيمية

### ثانياً - ماهية السلطة التنظيمية

١. أنواع السلطة في المؤسسة

٢. العوامل المؤثرة في السلطة التنظيمية

٣. العلاقات السلطوية داخل المؤسسة

### ثالثاً- المدخل الإداري والسلطة التنظيمية

١. السلطة التنظيمية في المدخل الكلاسيكي

٢. السلطة التنظيمية في المدخل السلوكي

٣. السلطة التنظيمية في مدخل الوظيفي

أولاً- تعريف السلطة التنظيمية :

هذا المفهوم يتكون من كلمتين سلطة وتنظيم مما يعني السلطة الممارسة داخل المؤسسة والتي لها أهداف معينة واجب تحقيقها، وسنتطرق لكل من مفهوم التنظيم والسلطة ثم ننتقل إلى مفهوم السلطة داخل التنظيم

1. تعريف التنظيم:

**التنظيم لغة** من نظم ينظم تنظيماً: الأمر رتبة<sup>1</sup>، كما أن التنظيم في أوسع معانيه عكس الفوضى بحيث يخضع لعمليات مرتبة ذات قواعد مضبوطة ومنظمة وهادفة، غايته تحقيق أسباب الوجود بكفاءة وفعالية.<sup>2</sup>

أما اصطلاحاً قد اختلفت مسميات التنظيم، لكن جوهرها واحد لا يتغير ، فقد يستخدم البعض مصطلح (البيروقراطية) للإشارة إلى المعنى الذي يقصد بمصطلح ( التنظيم)، وقد يميل البعض الآخر إلى استخدام مصطلحات محددة مثل ( المؤسسة) أو ( المنظمة) ، ولكنها تشير أيضاً إلى المعنى الذي يتضمنه مصطلحاً (التنظيم) و( البروقراطية) ، بهذا هناك تعريفات متعددة لمفهوم التنظيم وفي هذا الصدد نذكر مجموعات من التعاريف:

- يعرفها أمثاي اتريني بأنه: "وحدة اجتماعية يتم إنشاؤها من أجل تحقيق هدف معين، ويرى اتريني أن التنظيم عندما ينشأ تكون له أهداف واحتياجات تتعارض أحياناً مع أهداف واحتياجات أعضاء هذا التنظيم".

- تالكوت بارسونز يعتبر أن التنظيمات هي عبارة عن: " وحدات اجتماعية تقام وفقاً لنموذج بنائي معين لكي تحقق أهدافاً محددة".

- يعرفه كل من روبرت فورد وزملائه أن التنظيم عبارة عن: " جماعة من الناس يتصلون مع بعضهم البعض من أجل تحقيق هدف معين".<sup>3</sup>

1- علي بن هادية وآخرون ، القاموس الجديد لطلاب ، ط7، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1991، ص 12.

2- صالح بن نوار ، فعالية التنظيم في المؤسسات الاقتصادية، مخبر علم الاجتماع والاتصال للبحث والترجمة، الجزائر، 2006، ص 14.

3- طلعت إبراهيم لطفي، علم الاجتماع التنظيم، دار غريب ، القاهرة، دس، ص ص 8-9.

- أما فيبر فيعرفه من خلال دراساته للبيروقراطية بأنه: " نسق غرضي مستمر لنشاط نوع مميز".<sup>1</sup>
- أما معجم العلوم الاجتماعية فيعطي لكلمة التنظيم معنيين هما:
- **المعنى الأول:** " وهو أن المنظمة تدل على أن مجموعة من الأفراد ينتظمون بمقتضى قواعد مضبوطة ولوائح محددة وأهداف مرسومة مثل المؤسسات الصناعية والجمعيات الخيرية... الخ"
  - **المعنى الثاني:** " ويقصد به التنظيم الاجتماعي بصورة عامة بما فيه عمليات، وعلاقات وما يحققه من أهداف اجتماعية عامة، كما انه يضم البناء العام الذي يحدد الهياكل الأساسية التي تقوم في المجتمع"<sup>2</sup>

لقد اختلف العلماء حول مفهوم التنظيم تبعا لتأثير كل منهم بالنظريات الكلاسيكية في التنظيم ، أو بالاتجاهات النظرية الحديثة في دراسة التنظيم ، فنجد أن العلماء الذين تأثروا بالنظريات الكلاسيكية يميلون إلى جعل مفهوم التنظيم يدور حول التنظيم الرسمي وما يتعلق به من مسؤوليات ، وسلطات واختصاصات وغير ذلك<sup>3</sup>، ويذكر في هذا الصدد تعريف نيومان لتنظيم بأنه: " عملية تشمل تقسيم وتجميع العمل الواجب تنفيذه في وظائف مفردة، ثم تحديد العلاقات المقررة بين الأفراد الذين يشتغلون في هذه الوظائف"، أما الاتجاهات الحديثة للتنظيم فهي تتمثل أساسا في ارتباط التنظيم بأنماط السلوك وما يتعلق به من عمليات اجتماعية مختلفة مثل التعاون والصراع<sup>4</sup>.

## II. تعريف السلطة:

هي مفهوم مجرد قابل للتطبيق في العديد من الحالات فكثيرا ما نسمع عن سلطة الطبيعة، سلطة العقل، سلطة الدولة، سلطة الأدب وغيرها من المعاني التي يتخذها المفهوم تجعل من الصعب حصرها في معنى واحد.

فعلى المستوى اللغوي فالسلطة في اللغة العربية مشتقة من الفعل الثلاثي سلط بمعنى القهر، و السلطة كذلك هي القدرة والملكة من امتلاك الشيء فيقال سلط عليه بمعنى غلبه وأطلق عليه القدر والقهر، وكذلك السلطان: بمعنى الحجة وذلك قيل للأمرء سلاطين لأنهم الذين تقام بهم الحجة والحقوق.

1- عبد الله محمد عبد الرحمن ، علم الاجتماع التنظيم ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية، 2003، ص 10.

2- حسان الجيلالي، التنظيم غير رسمي في المؤسسات الصناعية، ديوان المطبوعات ، الجزائر، 1985، ص 12.

3- طلعت ابراهيم لطفي، مرجع سابق ، ص ص 11.

4- حسان الجيلالي، مرجع سابق ، ص 14.

السلطة مشتقة من كلمة لاتينية Auctoritas وتدل على معاني مختلفة منها: السيط، السمعة ، المكانة، المكانة، القيمة ، المنزلة<sup>1</sup>

ومن الناحية الاصطلاحية يتخذ المفهوم عدة معاني وذلك حسب التخصصات وحسب العلماء وتوجهاتهم النظرية المختلفة، فمن الناحية السياسية تعرف على أنها: " القدرة على فرض إدارة ما على إدارة أخرى، وذلك يتم في صورتين أساسيتين بواسطة القهر أو العنف أو بواسطة الإقناع الحر" .

أما من الناحية السوسولوجية لا يمكن تعريف السلطة إلى في ظل اتجاهين:

-الاتجاه الأول: يعتبر السلطة على أنها ملكة واستعداد عند شخص معين، والسلطة بهذا المفهوم موجودة منذ هوبز: السلطة بمفهومها الواسع هي الوسائل التي يعتمد عليها في الوقت الحاضر للحصول على المصالح المحتملة والمنتظرة.<sup>2</sup>

-الاتجاه الثاني: يعطي للسلطة طابع العلاقات الاجتماعية " هي عبارة عن علاقات بين الأفراد أو الجماعة تحت نسق سلطوي معين يتحدد في سياق موقف الأعضاء منه"<sup>3</sup>، وظهر هذا الاتجاه مع العالم الألماني ماكس فيبر حيث اعتبر السلطة على أنها علاقة بين شخصين الشخص أ- له القدرة على فرض إرادته على الشخص ب- حتى وان وجدة مقاومة لهذا الأخير ، ويتجسد هذا الاتجاه بقوة مع تيار علم الاجتماع التنظيمي، خاصة مع كروزيه الذي يفسره نشاطات التنظيمات على أساس علاقات السلطة بواسطة التحليل الاستراتيجي للفاعلين الاجتماعيين داخل التنظيم هؤلاء الفاعلين الاجتماعيين يعتمدون على موارد يوظفونها في علاقاتهم السلطوية.<sup>4</sup>

ويذكر هنا بأن ابن خلدون قد تناول موضوع السلطة وأشار إلى الفرد لا يستطيع العيش بمفرده ، ولا بد من أن يحدث تعاون مع الآخرين لتحقيق الحاجات الضرورية، إلا أن التضامن لا يلبث أن يقل تدريجيا إزاء تنامي رغبات الفرد التي يسعى لتحقيقها مما يثير دوافع العدا والاضطهاد. هنا تظهر الحاجة لكبح جماح القوة التي تفتت التعاون بين الأفراد. ويتولى فرد واحد من هؤلاء الأفراد مسؤولية كبح جماح

<sup>1</sup> - Biljana Rtkovic Njegan, Characteristics and Types of Authority the Attitudes of young people. A Case Study. Sociologiai. vol43. no6. 2011. p658.

<sup>2</sup> - محمد خالدي، تمثلات السلطة لدى عمال الصناعة بالجزائر دراسة ميدانية بمؤسسة مناطل الصناعية بمدينة تلمسان، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تنظيم وعمل، الجزائر، 2005\_2006، ص ص 20-21

<sup>3</sup> - Biljana Rtkovic Njegan, Characteristics and Types of Authority the Attitudes of young people. A Case Study. Sociologiai. vol43. no6. 2011. p658.

<sup>4</sup> - محمد خالدي، مرجع سابق، ص ص 20-21



تلك القوة الذي يملك زمام السلطة والقوة بيد من حديد فيمنع فرد من الاعتداء على الآخر، وبمعنى آخر تكون له السيادة والسلطة العليا.<sup>1</sup>

من خلال هذه التعاريف الشيء الذي يمكن استنتاجه هو أن السلطة دائما تتوفر على التأثير، سواء كانت فعل أو علاقة اجتماعية أو طبيعية ودائما تقضي خضوع البعض للآخر مهما كانت وسائلها وطرق ممارستها الشرعية أو اللاشعرية.

### III. السلطة التنظيمية:

تعتبر السلطة أمرا ضروريا ولا بد منها لان العامل وبغض النظر عن مستواه الإداري لا يستطيع ممارسة أعماله دون وجود السلطة، يستخدم تعبير السلطة بمعان مختلفة بين كتاب الإدارة<sup>2</sup>

- فقد عرفها فايول بأنها: " الحق في إصدار الأوامر والقوة في إجبار الآخرين على تنفيذها كما تعرف بأنها الحق في اتخاذ القرارات التي تحكم تصرفات الآخرين".<sup>3</sup>

- ويعرفها ماكس فيبر بأنها: " ما يجعل المرؤوسين يلتزمون بالأوامر الصادرة إليهم والتعليقات الموجهة لعملهم ".<sup>4</sup>

- هي اداة الفعل التي يمارسها شخص معين على اشخاص اخرين في المنظمة<sup>5</sup>

- يعرفها سايمون: "بأنها قوة صنع القرارات التي توجه أعمال الآخرين ، وهي علاقة بين شخص احدهما اعلي من الآخر، فالأعلى يصنع القرارات مع توقع طاعة الثاني له، بل إن الثاني يتوقع بطبيعته صنع وصدور قرار من الأول ، وبتهيأ لتنفيذه وهكذا، أي أن العلاقة بينهما تمثل نموذجا سلوكيا في داخل التنظيم الإداري".<sup>6</sup>

1.D.Martandale, The Nature and Types of Sociology of theory,P,132.

2- هاني خلف الطروانة، نظريات الإدارة الحديثة ووظائفها ، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2012، ص 89.

3- زياد محمد عبد، أساسيات علم الإدارة، ط1، دار البداية ناشرون وموزعون، عمان، 2010، ص 127.

4- نخبة من أساتذة علم الاجتماع، المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1983، ص32.

5- Louls sallerron.le pouvoirdans.l'entreprise.clc.paris.1981.p33.

6- أمين الساعاتي، أصول الإدارة العامة تطبيق ودراسات على المملكة العربية السعودية، دار الفكر العربية، القاهرة، 1997، ص 143.

- فيفنز وشيروود فقد عرفا السلطة بأنها: " الحق في التصرف وإعطاء الأوامر، سواء كانت الأوامر متعلقة بالقيام بعمل أو الامتناع عنه ".<sup>1</sup>
- اما داهل DAHL فيعرفها بأنها: " قدرة شخص (A) على التوصل الى جعل شخص اخر (b) يقوم بشيء ما لم يكن ليقدّم عليه لولا تدخل (A)."<sup>2</sup>
- يعرف (kontez) السلطة بأنها : "ما يخول المسئول الحق في إصدار الأمر للمرؤوسين في المؤسسة التي يديرها ليقوموا بعمل أو يكفوا عن عمل مما يتصل بمهام المؤسسة".<sup>3</sup>
- كما عرفها بارسونز بأنها: " القدرة على القيام بوظائف معينة خدمة للنسق الاجتماعي باعتباره وحدة واحدة".
- كما عرفها لاسويل بأنها: " اشتراك في اتخاذ القرارات ويعتبر هذا التعريف الأكثر شيوعا في نظريات عملية صنع القرار".<sup>4</sup>
- هي فعل يتميز بعدة خصائص من اساليب التسيير كفعل منظم سواء داخل المؤسسة او في اي تنظيم من التنظيمات الاجتماعية الاخرى.<sup>5</sup>
- تعرف بأنها: " شرعية وهذا من خلال الوضع الهرمي الذي يمنح الحق في ممارستها بكل اقتناع ويمكن لشاغلها بان يراقب ويستخدم كل مصادر التنظيم"<sup>6</sup>
- " والسلطة التنظيمية تلزم الأفراد طاعة الذين يقضون زمان السلطة لأنهم نصبوا رسميا ويمارسون سلطتهم بناء على نصوص قانونية محددة، فالطاعة توجه هنا إلى القاعدة القانونية"<sup>7</sup>.

1- زكريا الدوري ونجم العزاوي وآخرون، مبادئ ومداخل الإدارة ووظائفها في القرن الحادي والعشرين، دار اليازوري العملية للنشر والتوزيع، عمان، 2012، ص148-149.

2 -Jean Michel Mourin,Précis de sociologie,Paris,Ed Nathan,1996,p38.

3- سامي سلطي عريفيج، الإدارة التربوية المعاصرة، ط3، دار الفكر ناشرون وموزعون ،عمان،2007،ص 71.

4- بسام عبد الرحمن المشاقبة، الإعلام والسلطة، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، ص 26.

<sup>5</sup> - Valérie boussard.sociologie de la gestion.les faiseurs de performance .editions Eelin.coll."perspectives sociologiques " paris .2008

<sup>6</sup> - Stephen Robbins. Timothy Gudge . Comportents organizationnels.Pearson Education.France .2006.p440.

<sup>7</sup> - حسن ملحم، التحليل الاجتماعي للسلطة ، المطبعة الجزائرية للمجلات والجرائد ، الجزائر، 1993، ص 26.

من التعاريف السابقة يتبين أن هناك اتفاق على أن السلطة هي القوة<sup>1</sup> أو الحق في التصرف وإعطاء الأوامر، سواء كانت متعلقة بالقيام بعمل أو الامتناع عنه أي أنها قوة اتخاذ القرارات بينما السلطة لا تشمل اتخاذ القرارات فقط، إنما اتخاذ القرارات هو جزء من السلطة، حيث تشمل السلطة بالإضافة إلى اتخاذ القرارات الحق في الرقابة والحق في تعديل وتغيير سياسات المنظمة والحق في القدرة في التأثير والإقناع، وهذا الحق هو حق رسمي يمنح للفرد القائم بوظيفة لها مسؤوليات معينة من أجل تنفيذ الواجبات والمسؤوليات الوظيفية المنوطة به، ويجب تمرير مقدار السلطة بحجم وطبيعة

### المسؤوليات \* المنوطة به، وهذا ما يعرف بالتوازن بين السلطة والمسؤولية.

<sup>1</sup> - القوة كلمة تعود في الاصل الى الكلمة اللاتينية (posse) وتعني ان تكون قادرا (Aliterature Review.An MBA Professional Report.Naval Postgraduate Schode.Monterey. California.2008.p7.)

يشير مفهوم القوة إلى عدة معاني مختلفة، فقد يشير هذا المفهوم إلى قدرة فرد أو جماعة على التأثير أو ضبط سلوك الآخرين حتى ولو لم يوافقوا على ذلك، وقد يشير مفهوم القوة إلى المشاركة في عملية اتخاذ القرارات. بالإضافة إلى أن القوة قد تعرف على أنها القدرة التي تمكن من السيطرة على الناس ومن الضغط عليهم ورقابتهم للحصول على طاعتهم والتدخل في حريتهم وتوجيه جهودهم إلى نواح معينة، حيث أن القوة قد تكون مشروعة أو غير مشروعة، هي فرض قواعد الرسمية على العاملين عن طريق جماعة التي تمتلك القوة ولها القدرة على تعامل مع سلوك الآخرين (Bernord Oladosu Omisore.Ph.D Augustina Nwaneka Nweke(Mrs). The Influence of Power and Pditics in . Orgnizatiions (PartI).Internetal Journal of Academic Research in Business and Socail Scienes.vol 4.No7.2014.p 166.

لذلك فقد استخدم علماء الاجتماع مفهوماً آخر هو مفهوم السلطة للإشارة إلى القوة المشروعة في المجتمع، ويذكر روبرت ماكيفر أن الناس عندما يمتلكون السلطة فإنهم يمتلكون بذلك الحق في وضع السياسات داخل النظام الاجتماعي وإصدار الأحكام في المسائل الهامة والتصرف كقادة أو توجيه الآخرين داخل المجتمع، ويتضح مما سبق أن مفهوم القوة يشير بوجه عام إلى أنها القدرة على التأثير في سلوك الآخرين، ويختلف هذا المفهوم عن مفهوم السلطة الذي يشير إلى القوة المشروعة (طلعت ابراهيم لطفي، علم الاجتماع التنظيم، مرجع سابق، ص 63-64).

\* المسؤولية هي الالتزام بأداء مهام معينة بشكل يؤدي إلى تحقيق الأهداف من ناحية والانسجام مع الأعمال الأخرى ذات الصلة من ناحية أخرى، ويمكن أن تكون المسؤولية واجبا مستمرا، أو تنتهي بانتهاء العمل وتختلف السلطة عن المسؤولية، أن المسؤولية لا تفوض إذ عندما يفوض الإداري جزءا من سلطته فإنه يظل مسؤولا مسؤولية كاملة عن تحقيق التزامه.

وتعني المسؤولية التزام من فوضت له السلطة لإنجاز عمل معين أو الإشراف على انجازه بالقيام بذلك العمل أو الإشراف عليه أمام من فوضه تلك السلطة. ويلاحظ بالوقت الذي يجوز به تفويض السلطة، فإن المسؤولية لا تفوض بعكس السلطة التي يمكن تفويضها، والتوازن بين السلطة والمسؤولية هو مبدأ ضروري بقدر ما فوض الشخص من سلطات يتحمل مسؤوليات، فلا يجوز أن يكون حجم السلطة الممنوحة أعلى أو أقل من المسؤولية التي يتحملها. فإذا زادت السلطة عن المسؤولية فهنا قد يحدث ما يسمى بإساءة استخدام تلك السلطة، أما إذا كان حجم المسؤولية أكبر من حجم السلطة فقد يحدث هنا تقصير في أداء تلك الواجبات لذلك وحتى يسير العمل بالشكل المطلوب لا بد من توازن السلطة والمسؤولية، أي أن يكون حجم السلطة والمسؤولية متساويان، وهذا مبدأ إداري لا بد من مراعاته عند تفويض السلطات (هاني خلف الطروانة، مرجع سابق، ص 90).

أما المساءلة فهي عبارة عن التزام الفرد تجاه رئيسه وذلك من خلال رفع تقرير حول مدى تنفيذ المسؤوليات المطلوبة منه، وتتطلب المساءلة وجود توازن بين السلطة والمسؤولية، كما يمكن اعتبارها الوجه الثاني للمسؤولية بحيث تتناسب المسؤولية في المؤسسة من الأعلى إلى الأسفل بينما المساءلة في الاتجاه المعاكس من الأسفل إلى الأعلى. وبمعنى آخر يمكن القول أن المساءلة هي الوجد الأخر للمسؤولية، هذه الأخيرة تعتبر مطلقا

وبصفة ملخصة تتمثل عناصر السلطة في ما يلي:

- حق رسمي لاتخاذ القرارات وإصدار التعليمات من أجل أداء المهام وتقسيم العمل.
- ترتبط السلطة بوظيفة رسمية في المؤسسة.
- التوازن بين السلطة والمسؤوليات المطلوبة من الفرد.

إن السلطة داخل المؤسسة هي التي تعطي للتنظيم الإداري شكله الرسمي وللقائمين عليه القوة التي تمكنهم من اتخاذ القرارات لتحقيق أهداف المنظمة من خلال تحديد المهام وتقسيمها، ولذا فإن السلطة تمثل القوة المؤسسية للمنظمة، و لا تعني السلطة استعمال القوة مع المرؤوسين لإجبارهم على انجاز الأعمال الموكلة إليهم، كما أنها لا تعني أن للمدير الحق في إصدار ما يشاء من أوامر وتعليمات لان هناك حدودا وقيودا للسلطة الإدارية بعضها داخلي ويتمثل في القيود المنصوص عليها في قرار تأسيس المؤسسة ونظامها الداخلي أو في القيود المتمثلة في أهداف المؤسسة وسياستها العامة وبعضها خارجي يتمثل في الأنظمة والقوانين وسياسات الدولة التي تعمل بها المؤسسة وكذلك في الأعراف والقيم الاجتماعية والثقافية السائدة في بيئة المنظمة.<sup>1</sup>

" إن السلطة في المؤسسة هي الصلاحية المخولة لممارس السلطة في اتخاذ القرارات وتقسيم العمل وإعطاء الأوامر للتابعين في إطار نظامها الداخلي الذي يتحدد على إثره الممارسات الوظيفية للفاعلين سواء ممارس السلطة أو التابعين".

ثانيا- دراسة سوسيونظرية لسلطة التنظيمية

1. أنواع السلطة في المؤسسة:

سوف نتناول في هذا العنصر أنواع السلطة في المؤسسة ورغم عرض كل نوع على حدى إلا أننا نؤكد حقيقة صعوبة الفصل بينهم في الحياة العلمية ، فتلك الأنواع لسلطة الموزعة ليست منفصلة بل مترابطة و تؤثر على بعضها البعض، و لذا فان الحديث عن أي منها دون الحديث عن الأنواع الأخرى أمر غير مقبول من الناحية العلمية ، و من ثم فان الفصل بينهم ليس إلا بغرض فهم الأنواع المختلفة

وثابة و لا يمكن تفويضها عكس السلطة وهذا باعتبارها التزام شخصي من الفرد الذي تعهد له مهام محددة لانجازها (عبد الوهاب سويسي، نظريات التنظيم وتصميم المنظمات، ط2، دار النجاح للنشر والتوزيع، الجزائر، 2015، ص 102) .

1- زياد محمد عبد، مرجع سابق، ص 127.

للسلطة داخل المؤسسة، ولقد تعددت أنواع السلطة حسب تعدد آراء وجهات نظر الباحثين، ومع ذلك فهي لم تتعارض مع بعضها البعض، بل ينظر إليها نظرة تكاملية

والجدول التالي يبين لنا أهم تقسيمات- توزيع- السلطة الموجودة في المؤسسة.

**جدول رقم ( 1 ) يبين أنواع السلطة في المؤسسة:**

أنواعها	توزيع السلطة
السلطة الرسمية	تبعاً لمعيار الرسمية
السلطة الغير رسمية	
السلطة المركزية	تبعاً لمعيار المركزية
السلطة اللامركزية	
السلطة التنفيذية	تبعاً لمعيار لطبيعة العمل في التنظيم
السلطة الاستشارية	
السلطة الوظيفية	
سلطة اللجان	
السلطة العمودية	تبعاً لمعيار تدرج السلطة في الهيكل التنظيمي
السلطة الأفقية	
السلطة العمودية الأفقية	
السلطة الدائرية	
السلطة التقليدية	تبعاً لمعيار شرعية السلطة في التنظيم
السلطة القانونية	
السلطة الكاريزمية	

المصدر: من إعداد الباحثة

**1/- توزيع السلطة تبعاً للرسمية:** تبعاً لهذا التوزيع فإن السلطة في التنظيم تنقسم إلى قسمين هما

السلطة الرسمية واللا رسمية

**1-1- السلطة الرسمية:** نحاول أن نسلط الضوء في هذا الجانب على السلطة التنظيمية، كما نقوم

بتحليل تأثير الرسمية على سلوك العاملين ومنه تحديد درجة الرسمية في تصميم الهيكل

التنظيمي،<sup>1</sup> وسنورد بعض التعاريف للجماعة الرسمية التي تمثل السلطة الرسمية في المؤسسة

- يعرف قاموس علم الاجتماع التنظيم الرسمي بأنه: " جماعة منظمة على مستوى عال، ولوائح

مقررة رسمياً، ونسق الأدوار المحددة".

<sup>1</sup> - عبد الوهاب سنوسي ، مرجع سابق، 158.

- أما عبد الباسط محمد حسن فيعطي تعريفاً مقاربا لتعريف قاموس علم الاجتماع وإن كان أكثر دقة وتحديداً منه، فيرى أن التنظيم الرسمي يتكون من مجموعة المستويات التنظيمية وتتمثل في المديرين والفنيين والمشرفين والعمال والذين يخضعون إلى مجموعة من التعليمات واللوائح وتشتمل على السياسات، والقواعد التي تحدد العلاقة بين التنظيم الرسمي الذي يمثل في المستوى الأول المشرفين والمديرين والعمال والمستوى الثاني الذي يتكون من القواعد واللوائح الرسمية التي تحدد العلاقة بينهم.

- ويعرفها معجم "مصطلحات التنظيم والإدارة" التنظيم الرسمي بأنه: "التنظيم الذي يتقرر من الإدارة العليا، ويقصد به العلاقة التي ترسمها الإدارة بين العاملين بموجب الخرائط التنظيمية وغيرها كالعلاقة الرسمية بين مديري الإدارات المختلفة بعضهم ببعض، أو بين المديرين والمشرفين والعمال بصورة واضحة ودقيقة".

- أما محمد علي فيذهب إلى تحديد أكثر ويعرض بعض الأسس التي يتألف منها التنظيم الرسمي فهو يرى أن التنظيم الرسمي هو: "نسق القواعد والأهداف التي تحدد أنماط السلوك والأدوار وفقاً لنمط مقرر رسمياً ويرتكز على تقسيم العمل وتفويض السلطة وقنوات الاتصال والتنسيق"<sup>1</sup>.

أي أن السلطة الرسمية هنا لا تتأثر بالأساس التكنولوجي للعمل داخل المصنع ولا يتأثر بالقيم الشخصية والاجتماعية للأفراد الذين يمتلكون هذه المؤسسة أو يقومون على إدارتها<sup>2</sup>، بل تتمثل في قواعد ولوائح تصدر من الإدارة تحدد الوظائف والإجراءات والمهام وشبكة الاتصال، وعلاقات السلطة<sup>3</sup>، وتكون السلطة هنا مستمدة من الوظيفة الرسمية التي يشغلها الفرد<sup>4</sup>، وتخضع لتسلسل هرمي يكون على رأسه هنا المدير بحكم وظيفته. ومما سبق يمكن اعتبار الرسمية أنها مجموعة القواعد والإجراءات والسلوكيات المكتوبة والمحددة والتي لا يستطيع الفرد الخروج عليها.

يوضح لنا الشكل التالي رقم (2) خريطة لمؤسسة بطريقة تخطيطية مبسطة تبين توزيع السلطة بين هياكل المؤسسة ولكن هذه المعالم تتعدل بما يتلاءم وحجم وطبيعة المؤسسة، كما يتضح من الشكل أن علاقات التبعية والخضوع تبدو في هذا الرسم بشكل أوضح من علاقات التفاعل الوظيفي بين الأقسام والوظائف.

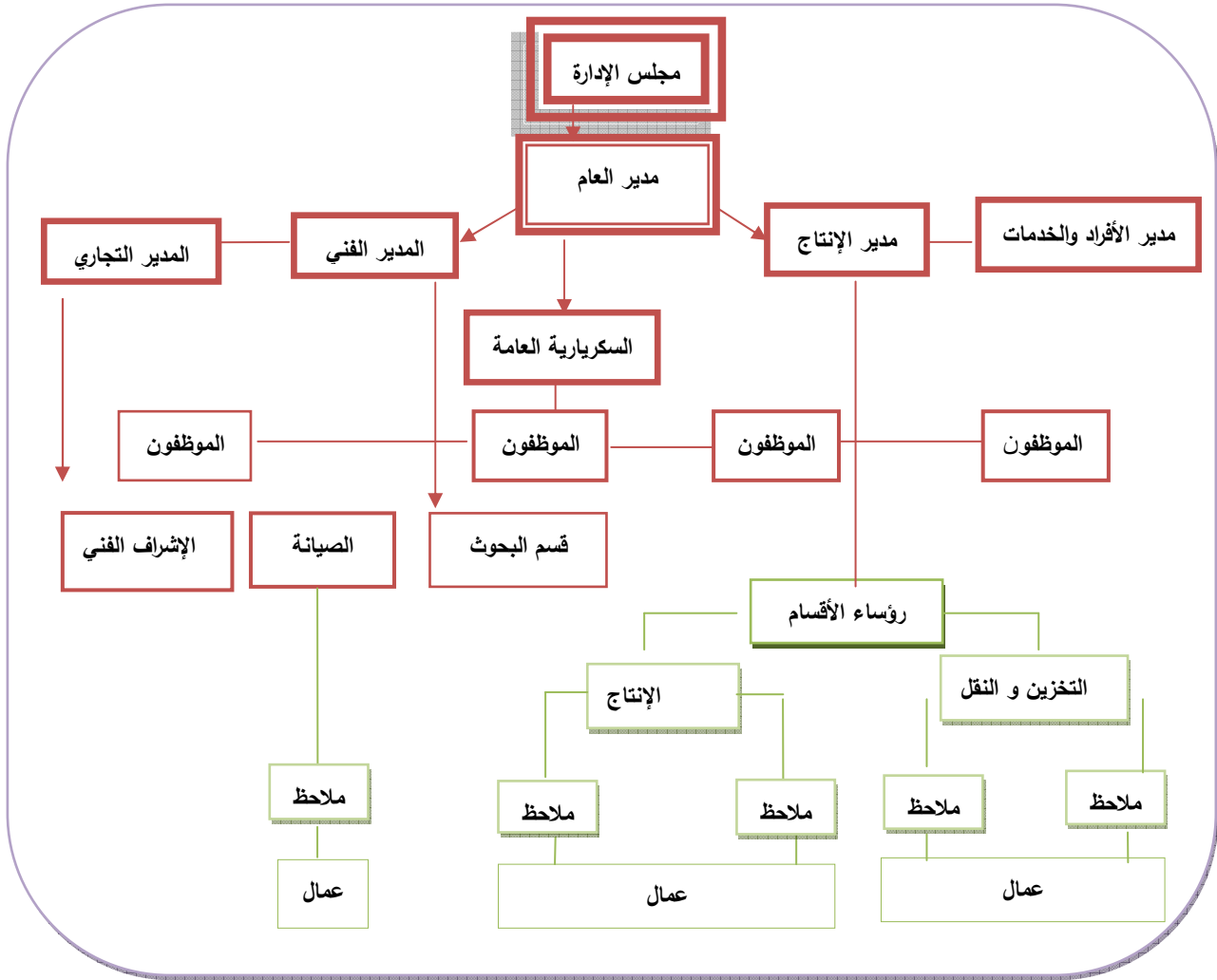
1- حسان الجيلاني، مرجع سابق، ص 17-18.

2- المرجع نفسه، ص 19.

3- عبد الوهاب سنوسي، مرجع سابق، ص 159.

4- ليلى محمد زكريا، التنمية البشرية ومهارات تطوير الأداء والذات، ط1، دار امجد لنشر وتوزيع، عمان، 2015، ص 218.

شكل رقم (1) يبين توزيع النسق السلطوي تبعاً لرسميتها في المؤسسة:



المصدر : لينا محمد زكريا، المرجع السابق، ص 119.

ووفقاً لهذا الشكل فإن السلطة تدرج ضمن ترتيب هرمي حيث أن كل وظيفة تخضع لإشراف وتوجيه وظيفة أخرى أعلى منها حتى تبلغ إلى قمة الهرم الإداري، وليست المسؤولية قاصرة على مستوى دون آخر ، فالمدبر العام نفسه مسئول أمام مجلس الإدارة ، وهذه الهيئة مسئولة أمام الجمعية العامة للمساهمين وليست هذه الجمعية فوق كل مسؤولية وإنما هي في الواقع مسئولة عن قراراتها وما يترتب عليها من آثار اتجاه الموظفين والعمال، واتجاه المساهمين بوجه عام واتجاه الدولة بمالها من سيادة واتجاه الرأي العام<sup>1</sup>.

### 1-2-2- السلطة الغير رسمية: توصل فايول من خلال تجاربه إلى وجود أنماط سلوكية بعيدة عن ما

تحدهه المنظمة ،تعبر عن التفاعل بين الأفراد أثناء قيامهم بعملية العمل.والذي يظهر في شكل نظام

1- عبد الباسط محمد حسن ، علم الاجتماع الصناعي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة، دس، ص ص 160، 161.

اجتماعي يمثله الأعضاء "تعبّر عليه بالتنظيم الغير الرسمي، واعتبر فايول أنه داخل أي تنظيم رسمي يوجد تنظيم غير رسمي يمكن أن لا يتفق مع السياسات والبرامج المسطرة، لكن يرتبط نجاحها قبل كل شيء بالإقرار بوجود هذه التنظيمات غير الرسمية.<sup>1</sup> وبالتالي السلطة الغير رسمية تتشكل من خلال جماعات منتظمة تدعى بالتنظيمات غير رسمية أو الجماعات الغير رسمية أو الجماعات الأولية وقد تساوي سلطتها السلطة الرسمية وقد تقل عنها<sup>2</sup> وسنورد هنا بعض تعاريف لها:

- يعرفها معجم "مصطلحات التنظيم والإدارة بأنها:" تلك العلاقات الشخصية والاجتماعية المتنوعة التي ينشئها العمال ويستمررون في إقامتها ،وهي علاقات لاتخططها الإدارة أو تقيمها بصفة مباشرة ،ولكنها تنشأ وتستمر بسبب العمل وبسبب وجود العمال في أمكنة واحدة أو متقاربة".

- أما قاموس علم الاجتماع فيرى أنها:" نسق العلاقات الشخصية، الذي ينمو بصفة تلقائية أثناء تفاعل الأفراد داخل التنظيم الرسمي".

- يعرفها عبد الباسط محمد حسن بأنها:" شبكة العلاقات الشخصية والاجتماعية التي تنشأ بعيداً عن التنظيم الرسمي والتي ترتبط بأداء الأعمال وانجاز المهام في المنظمة"<sup>3</sup>.

- يعرفها ميللر وفورم بأنها:" شبكة من العلاقات الشخصية والاجتماعية التي لا يحددها التنظيم الرسمي أو ينص عليها"<sup>4</sup>.

من خلال التعاريف السابقة نجد أن كل منها ركزت على جانب معين منها الجانب السلبي ومنها الجانب الايجابي ، مثلاً تعريف ميللر وفورم للجماعات غير الرسمية كان سلبي إذ أن حصر التنظيم الغير رسمي( سلطة غير رسمية) في العلاقات الشخصية يحد من نطاقه ولا يؤدي المعنى الحقيقي له،الذي يضم التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية الموسعة التي تكون العلاقات الشخصية جزءاً منها، وأنها تكون سبباً في بعض الأحيان لعرقلة جهود الإدارة وتعويق خططها ، فنظروا إلى تلك التنظيمات على أنها تخضع في تكوينها للعاطفة والانفعالات البعيدة عن الاتزان لما كانوا ينظرون إلى الإدارة على أنها منطقية بالضرورة ،فقد اعتقدوا أن تلك التنظيمات لا تنشأ إلا بين العمال فقط . وإذا حدث وكان لها وجود بين المديرين فان ذلك لا يكون إلا بدرجات غير ملحوظة، وبالتالي فان البناء غير الرسمي للسلطة التنظيمية يتمثل في الجماعات التي تتكون بطريقة تلقائية، والتي تنشأ نتيجة للاتصال

1- عبد الوهاب السويسي ، مرجع سابق، ص 34-35.

2- حسين رشوان احمد رشوان، القوة والسلطة والنفوذ، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 2007 ، ص 125.

3- حسان الجيلاني، مرجع سابق، ص 45.

4- عبد الباسط محمد حسن ،مرجع سابق، ص 175.



المستمر ، والتفاعل الحر بين الأفراد والجماعات في محيط العمل وما يدعم تلك القواعد السلوكية من آراء ومعتقدات ، وقيم وإيديولوجيات .

2/- توزيع السلطة تبعاً للمركزية و اللامركزية: تبعا لهذا التقسيم فإن السلطة في التنظيم تنقسم إلى

قسمين هما السلطة المركزية والسلطة اللامركزية.

2-1- السلطة المركزية: تطرق العديد من الكتاب لتعريف السلطة المركزية ، وكل كاتب ركز على

جانب معين في تعريفه، ومن بين الكتاب الذين تطرقوا في دراستهم لدراسة السلطة المركزية في التنظيم ما يلي:

- **حسين احمد رشوان** " إن المركزية في السلطة تميل إلى تركيز الحجم الأكبر وهو الأهم من

سلطة اتخاذ القرارات في قمة الهيكل التنظيمي، أي في مركز الرئيس الأعلى للمنظمة، واحتفاظ المستوى الإداري الأعلى بسلطة القرار، وعدم تفويض هذه السلطة إلى باقي المستويات الأدنى"<sup>1</sup>.

- **أما زياد محمد عبد** " تعني مدى درجة تركيز السلطة في الهيكل التنظيمي للمنظمة، ويشيع

تطبيق المركزية في المنظمات الصغيرة حيث أن حجمها يتيح الفرص لمن تركزت في يده السلطة إدراك أوجه النشاط كافة والإحاطة بمختلف العمليات، على أن المركزية الإدارية قد توجد أيضا في المنظمات الكبيرة وذلك حين تتركز السلطة في المستويات الإدارية العليا "<sup>2</sup>.

- **يقول هاني خلف الطروانة** " أن المركزية تعني تجميع السلطة في يد المدير الأعلى في أيدي

المستويات الإدارية العليا في المنشأة ، ويشيع تطبيق المركزية في المنشأة الصغيرة حيث أن حجمها يتيح الفرصة لمن تركزت في يده السلطة إدراك أوجه النشاط كافة والإحاطة بمختلف العمليات ، على أن المركزية الإدارية قد توجد أيضا في المنشآت الكبيرة وذلك حين تتركز السلطة في مستويات الإدارة العليا

3

- **عبد الوهاب سنوسي** عرف المركزية "على أنها مدى درجة تركيز السلطة في الهيكل التنظيمي

للمنظمة ، بحيث يشاع استعمالها في المنظمات الصغيرة الحجم بحكم قدرة من تكون بيده السلطة الإشراف والإحاطة بكل أوجه النشاط ، كذلك يمكن أن تكون خاصية للمنظمات الكبيرة في شكل تركيز

1- حسين رشوان احمد رشوان، مرجع سابق، ص ص 125،124.

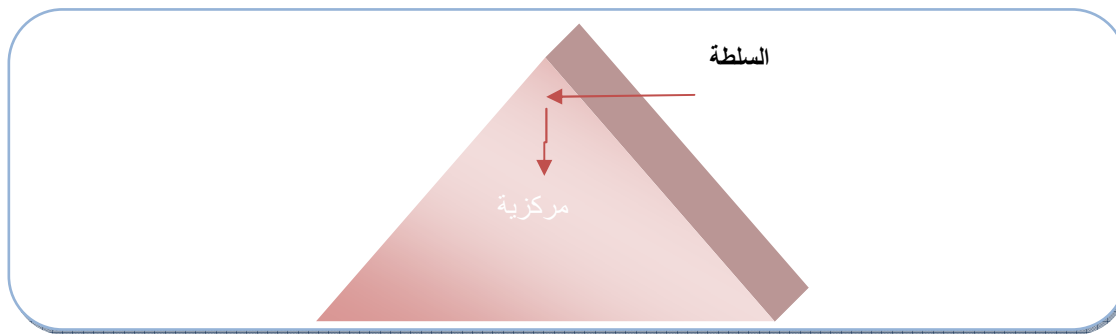
2- زياد محمد عبد ، مرجع سابق، ص 133.

3- هاني خلف الطروانة ، مرجع سابق، ص ص 94-95.

للسلطة في المستويات الإدارية العليا .كذلك يمكن ممارسة المركزية في المنظمات ذات الأعمال الروتينية أو المركز جغرافيا أو المنظمات التي تعمل في بيئة تتميز بالاستقرار"<sup>1</sup> .

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن المركزية تعني اتخاذ القرارات في قمة الهرم و عدم تفويض السلطة إلى المستويات الأدنى،و يكون تطبيقها في المنظمات صغيرة الحجم أو المنظمات ذات الأعمال الروتينية أو المركز جغرافيا أو في بيئة تتميز بالاستقرار، والشكل التالي يوضح نطاق هذا النوع من السلطة في التنظيم .

### الشكل رقم ( 2 ) يبين نطاق السلطة المركزية في المؤسسة:



المصدر: عبد الوهاب سنوسي ، مرجع سابق ، ص 163.

**2-2-السلطة اللامركزية:**تطرق العديد من الكتاب لتعريف السلطة اللامركزية وكل كاتب ركز على جانب معين في تعريفه، ومن بين الكتاب الذين تطرقوا في دراستهم لدراسة السلطة اللامركزية في التنظيم ما يلي :

- **حسين رشوان أحمد** " اللامركزية تعني نقل سلطة القرار وممارستها من المستوى الإداري الأعلى إلى المستويات الإدارية الأدنى عن طريق تفويض السلطة .وهذا يعني أنه كلما ارتفع مستوى سلطة القرار إلى وظائف المستوى الأدنى، فإنها تتجه إلى اللامركزية "<sup>2</sup> .

- **كمال محمد المغربي** " تقوم اللامركزية بتقسيم العمل الإداري وتعيين وظائف للمسؤولين على المستويات المختلفة ، فرييس المشروع الصناعي مثلاً يقوم بالجزء المهم من العمل الإداري المتعلق بوضع الأهداف العامة والسياسات والاستراتيجيات للمبيعات إلا أنه يحول معظم ذلك العمل لنائبه لشؤون

1- عبد الوهاب سنوسي ، مرجع سابق ، ص 163.

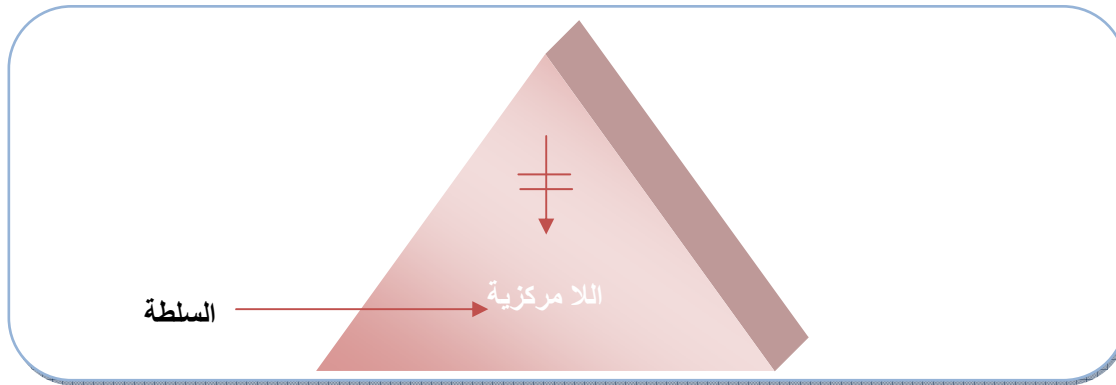
2- حسين رشوان احمد رشوان، مرجع سابق، ص ص 124،125.

المبيعات الذي بدوره يحتفظ لنفسه بالجزء المهم من العمل إلى مديري البيع في المناطق المختلفة كوضع الخطط لمناطقهم ومراجعة حساب النفقات والإشراف على الباعة وغير ذلك من أعمال<sup>1</sup>.

- عبد الوهاب سنوسي عرف اللامركزية بأنها تعني: "تفويض السلطة إلى قاعدة الهرم التنظيمي ومشاركة أوسع في اتخاذ القرارات، وهذا ما يدفعنا لتعريف اللامركزية على أنها تعبير عن انتشار السلطة في كافة مستويات المنظمة، ونعني بالانتشار تفويض بعض السلطات لاتخاذ القرارات اللازمة لتنفيذ المسؤوليات المرتبطة بأعمال المرؤوس<sup>2</sup>".

ومن هنا نرى أن اللامركزية تهتم بالإجابة على السؤال التالي: ما هو مقدار العمل الإداري - تخطيط وتنظيم وقيادة ورقابة - الذي يمكن للمسؤول الاحتفاظ به لنفسه والمقدار الذي يمكن تحويله إلى مرؤوسيه وكلما ازداد مقدار العمل الإداري الذي يقوم المسئول بتحويله إلى مرؤوسيه على المستويات الإدارية المختلفة كلما تمتعت المؤسسة بلا مركزية أكبر، وتعتبر عملية توزيع العمل الإداري من أهم مظاهر العملية التنظيمية<sup>3</sup>، والشكل التالي يوضح نطاق هذا النوع من السلطة في التنظيم.

الشكل رقم (3) يبين نطاق السلطة اللامركزية في المؤسسة:



المصدر: عبد الوهاب سنوسي ، مرجع سابق ، ص 163.

3- توزيع السلطة تبعاً لطبيعة العمل: تبعاً لهذا التقسيم فإن السلطة في التنظيم تنقسم إلى أربعة أقسام هي السلطة التنفيذية والسلطة الاستشارية والسلطة الوظيفية وسلطة اللجان.

3-1- السلطة التنفيذية: وتسمى كذلك بالسلطة الراسية أو سلطة الخط المباشر وتعرف بأنها السلطة المبتدئة من أعلى الهيكل التنظيمي ومنحدرة في خط متسلسل إلى أسفله ومقسمة بانحدارها إلى

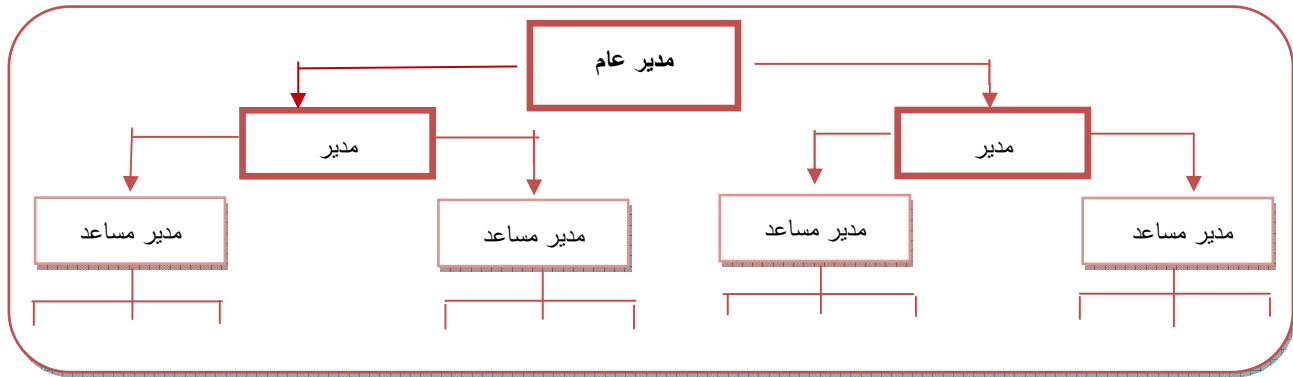
1- كامل محمد المغربي ، اصالة المبادئ ووظائف المنشأة مع حداثة وتحديات القرن الحادي والعشرون، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2007 ، ص 195.

2- عبد الوهاب سنوسي ، مرجع سابق ، ص 165-166.

3- كامل محمد المغربي ، المرجع السابق ، ص 196

علاقات رأسية بين الرئيس والمرؤوسين ، و التنفيذيين هم الأفراد والإدارات الذين يساهمون مساهمة مباشرة في تحقيق أهداف المنظمة . ففي حال منظمة صناعية فان هدفها المباشر هو الإنتاج وبيعه وبالتالي فان القائمين على شؤون الإنتاج والبيع يمكن وصفهم بأنهم تنفيذيين<sup>1</sup>، أي أنها السلطة التي يمتلكها الموظف نتيجة للموقع الذي يشغله ، بحيث يخول له الحق في إصدار الأوامر والتعليمات والحق في إصدار القرارات أو المشاركة في صنعها، والحق في إجبار المعنيين على تنفيذها و الالتزام بها<sup>2</sup>، وبالتالي فان أصحاب السلطة التنفيذية هم المديرون و المسؤولين في كل مستوى من مستويات الإدارة يقومون بإصدار الأوامر للتابعين للقيام بتنفيذ المهام الموكلة إليهم كل حسب موقعه، و بما يحقق أهداف المؤسسة أو الوحدة التي يديرها ، وتظهر علاقة السلطة فيما بينهم بشكل متدرج أو متسلسل وهو ما يشار إليه التدرج الهرمي في التنظيم.

#### الشكل رقم (4) بين الهيكل التنظيمي لسلطة التنفيذية في المؤسسة:



المصدر: عبد الباسط محمد حسن، مرجع سابق، ص 161.

#### 3-2-السلطة الاستشارية:وتقابل هذه السلطة ما سميناه بسلطة المعرفة<sup>3</sup> والعلم والخبرة<sup>4</sup> ،

ويتصل هذا النوع من السلطة بتحضير التوصيات والاقتراحات<sup>1</sup> والمعلومات للسلطة التنفيذية، وبالتالي تقوم

1- زياد محمد عبد ، مرجع سابق، ص 129.

2- هاني خلف الطروانة، مرجع سابق، ص 91.

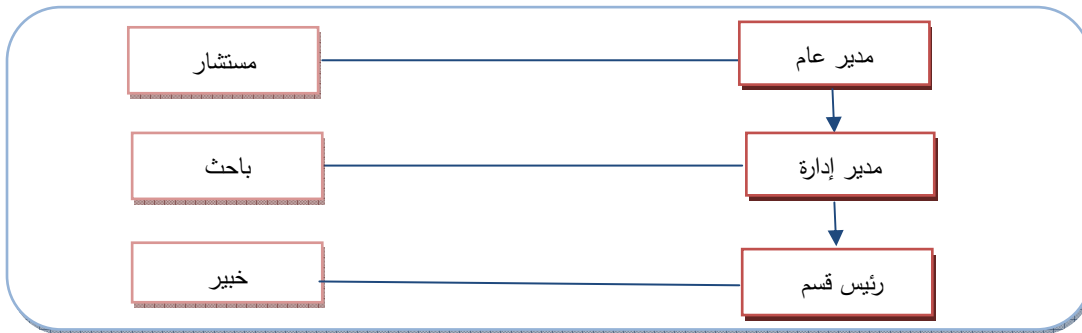
3- قد تعطي السلطة للفرد لأنه يملك قسطا كبيرا من المعلومات في تخصص معين ، وعلى ذلك فإن السلطة في هذا النمط تتناسب تناسباً طردياً مع مقدار معلوماته، ويظهر هذا النوع من السلطة في المنظمات التي يتوقف نجاحها في تحقيق أهدافها على درجة التقدم العلمي فيها، بحيث لا تكون السلطة فيها أفراد الإدارة العليا - إذا كانوا من غير العلماء- بقدر ما هي مع العلماء المتخصصين الذين يشغلون مستوى إداري أقل (حسين رشوان احمد رشوان، مرجع سابق، ص 122)، وتظهر أهمية هذا النوع من السلطة في النواحي الاستشارية حين يكون للرأي العلمي أو الخبرة الفنية دوراً هاماً في اختيار أحد بدائل القرارات ، فالكل يستسلم لوجهة نظر الأطباء في المعالجة والمهندسين المعماريين في التصميم المباني وخبرة المزارع في وقت الزراعة الأفضل ، و مشورة الفني في إصلاح العطب الذي لحق بأحد الأجهزة وهكذا (سامي سلطفي عريفج، مرجع سابق، ص 74)، و تعكس هذه السلطة جدارة أصحاب المهن في الحكم على المسائل المتصلة بمهنتهم أو تحليلها، وكلما انتشر تقسيم العمل وزادت عملية الاحتراف في المجتمع و أصبحت منطقة الجدارة المهنية محدودة وبالتالي ضاق حيز السلطة المهنية (محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1997، ص 323).

4- سامي سلطفي عريفج، مرجع سابق، ص ص 75-76.

هذه السلطة بتقديم المشورة دون حق إصدار الأمر والرقابة، وهذا النوع من السلطة تمارسها بعض المنشآت عن طريق ما يسمى بالمستشار، فمن حق المستشار أن يقدم الاستشارة في مجال متخصص به إلى الموظف أو العامل التنفيذي لكن ليس من حق المستشار أن يفرض على الموظفين الالتزام بما قدم له من استشارة فقد يتخذ التنفيذي قراره مطابقا لما جاء بالاستشارة أو مخالفا لها دون وجود ما يمنع مخالفة ما جاء بالاستشارة الصادرة عن المستشار<sup>2</sup>، أما إذا قبل صاحب السلطة التنفيذية هذه الاقتراحات فإنها تصدر باسمه ومن ثم تصبح في هذه الحالة أوامر إلزامية التنفيذ، وبالتالي علاقات السلطة الاستشارية هي تلك العلاقات التي تستخدم لمساعدة السلطة التنفيذية.<sup>3</sup> والشكل التالي يوضح هذه العلاقات

الشكل رقم (5) يبين الهيكل التنظيمي لسلطة الاستشارية في علاقته بالسلطة التنفيذية في

المؤسسة:



المصدر: عبد الباسط محمد حسن، مرجع سابق، ص 161.

3-3- السلطة الوظيفية: إنها القوة التي يتمتع بها مدير على عمل معين يقوم به الأفراد في أقسام

أخرى وهي السلطة التي يستمدّها من الخدمات للأقسام الأخرى وليس بحكم كونه رئيسا عليها كما هو الحال في السلطة التنفيذية<sup>4</sup>، ويعبر عنها أيضا بالسلطة حسب الموقف، وبمقتضى هذه السلطة يمارس أحد المديرين (تنفيذي أو استشاري) سلطة وضع البرامج أو الأعمال في مجالات يشرف عليها مديرون آخرون بحكم التخصص ونطلق عليها أيضا السلطة المتخصصة، ويعني ذلك حق التدخل في مجال التخصص أي حق المدير التنفيذي أو الاستشاري في إصدار أوامر لأفراد لا يتبعون له من ناحية رسمية، وهذه الأوامر ليست شاملة بل في مجال محدود لمصدر الحق في توجيه الأوامر لمن يتعاملون بهذا الأمر سواء كانوا تابعين له أم غير تابعين،<sup>5</sup> كأن يقوم مدير المالية بمراجعة كشوفات المحاسبة في أقسام أخرى في

1- أمين الساعاتي، مرجع سابق، ص 145.

2- هاني خلف الطروانة، مرجع سابق، ص 92.

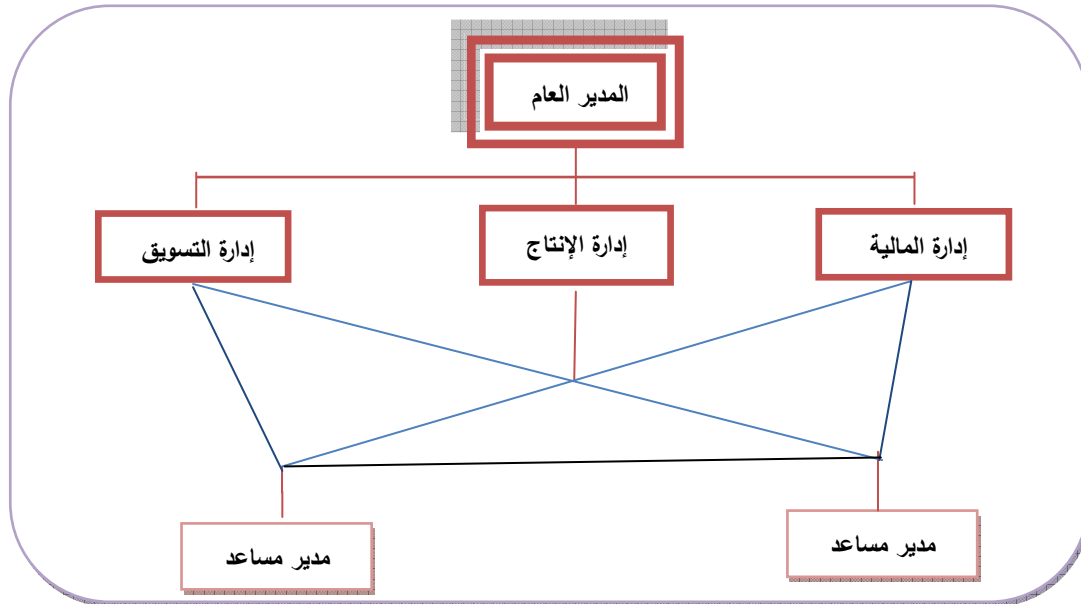
3- زكريا الدوري و نجم العزاوي وآخرون، مرجع سابق، ص 158.

4- زكريا الدوري و نجم العزاوي وآخرون، مرجع سابق، ص 158-159.

5- هاني خلف الطروانة، مرجع سابق، ص 92.

المؤسسة غير قسم المالية<sup>1</sup>، وأن يقوم مثلاً مدير التسويق بإصدار أوامر لعامل في قسم الإنتاج بطبيعة السلعة المرغوبة من قبل المستهلكين، ولكن لا يجوز أن يصدر أوامر لهذا العامل تتعلق بساعات عمله، أو تحديد أجره أو غيرها<sup>2</sup>، وبيرر ذلك بأن معرفته وإتقانه لخصوصية هذه التعليمات يستدعي تفويض هذه السلطة، والسلطة الوظيفية سلطة مقيدة لأن تفويضها يؤدي إلى إضعاف سلطة المديرين التنفيذيين ويؤدي إلى تعقيد علاقات السلطة الإدارية لذلك يفضل الحذر في استخدامها وعدم امتدادها لمدير معين إلى أكثر من مستوى إداري واحد بهدف الإبقاء على وحدة القيادة للمديرين التنفيذيين<sup>3</sup>، ونظراً للخصائص السابقة فإننا لا نجد في الحياة العملية هيكله وظيفية مطلقة، وإنما نجد مزيجاً من الهياكل التنفيذية والهياكل الوظيفية والشكل التالي يوضح هذا النوع من الهياكل .

الشكل رقم (6) يبين الهيكل التنظيمي لسلطة الوظيفية في المؤسسة:



المصدر: عبد الوهاب سويس، مرجع سابق، ص 122.

نلاحظ من الشكل السابق أنه لا يقتصر تفويض السلطة الوظيفية على مديري نوع معين من الإدارات فهذه السلطة قد يزولها رؤساء الإدارات التنفيذية أو مديري الإدارات الاستشارية، ولكنها في أغلب الحالات تفوض إلى الإدارات الاستشارية نظراً لأنها تتكون من اختصاصيين يملكون المعرفة المتخصصة المطلوبة<sup>4</sup>، وبموجب هذه السلطة يقوم التابعون بأعمالهم كل في حقل اختصاصه، لأنه

1- عبد الوهاب سنوسي، مرجع سابق، ص 104.

2- هاني خلف الطروانة، مرجع سابق، ص 92.

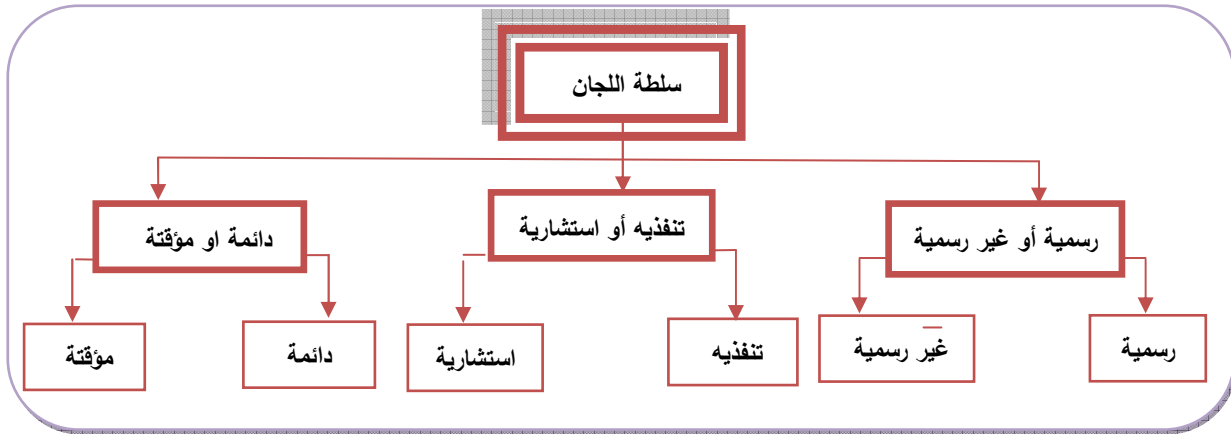
3- زياد محمد عبد، مرجع سابق، ص 129-130.

4- زكريا الدوري و نجم العزاوي وآخرون، مرجع سابق، ص 159.

عندما يحدد للأفراد في المؤسسة مراكز يعملون فيها ومراكز يتولون القيام فيها، فكأنهم قد فوضوا صلاحيات توازي حجم المسؤوليات الملقاة على عاتقهم، وحين تتوفر عناصر التنسيق في المؤسسة تقل حالات التصادم بين الموظفين في ممارستهم لسلطاتهم الوظيفية، لأن تكامل العمل في المؤسسة الواحدة لا بد وأن تؤدي إلى أشكال من التداخل بين السلطات الوظيفية<sup>1</sup>.

**3-4- سلطة اللجان:** تعرف على أنها مجموعة أفراد (اثنان أو أكثر)<sup>2</sup> يتم تشكيلهم من أجل القيام بعمل إداري معين أو لمناقشة موضوع معين واتخاذ قرار بشأنه أو لحل مشكلة قائمة<sup>3</sup>، وقد تكون اللجنة رسمية أو غير رسمية، تنفيذية أو استشارية، دائمة أو مؤقتة<sup>4</sup>، تكون اللجنة رسمية حين تكون جزءا من الهيكل التنظيمي الرسمي ويعهد إليها بمهام وتحويل إليها صلاحيات واضحة ومحددة، وتكون غير رسمية حين يتم تشكيلها بصفة غير رسمية، وتكون اللجنة تنفيذية إذا كان لها حق اتخاذ القرار، واستشارية إذا كانت مهمتها تقتصر في تقديم الاستشارة. وقد تكون اللجنة دائمة أو مؤقتة ويتوقف هذا على طبيعة العمل الذي تقوم به، فاللجنة الدائمة هي التي لها مسؤولية مستمرة في مجال معين، أما اللجنة المؤقتة فهي التي ينتهي وجودها حين تنتهي المهمة التي تكونت من أجلها<sup>5</sup>.

**الشكل رقم (7) بين أنواع سلطة اللجان في المؤسسة:**



المصدر: من إعداد الباحثة.

لقد بدأت المؤسسات في الوقت الحالي باستخدام اللجان على نطاق واسع، فقد تشكلت اللجنة لشراء بعض مستلزمات المنشأة، أو للإشراف على مشكلة معينة ومراقبتها وتقديم التوصيات، أو لتطوير العمل

1- سامي سلطي عريفج، مرجع سابق، ص 75.

2- المرجع نفسه، ص ص 105-106.

3- هاني خلف الطروانة، مرجع سابق، ص ص 92-93.

4- عبد الوهاب سويسي، مرجع سابق، ص ص 105-106.

5- زياد محمد عبد، مرجع سابق، ص ص 130-131.

في إحدى المجالات<sup>1</sup>، و تنشأ اللجان في المؤسسات لتغطية المهام التي لا تكون مطالبتها متصلة. بمركز وظيفي واحد، ولذلك يستعان بأكثر من فرد ليعملوا مجتمعين في الأوقات التي يتم تحديدها لهم بموجب قرار تشكيل اللجنة.

وتزداد فعالية مثل هذه اللجان حين يتم اختيار الأعضاء المحليين من ذوي الخبرة والاختصاص بقيادة رئيس يجدر العمل ويصدر قراراته بالأغلبية، ويجد الدعم الكافي من السلطة التنفيذية لقيام لجنته بدورها على أكمل وجه، مما يقلل من تجاوز السلطة التنفيذية لقرارات اللجنة أو تجاهل أهميتها<sup>2</sup>، واستخدام اللجان أمر شائع في الأعمال الإدارية وعلى كل المستويات التنظيمية العليا والمتوسطة وتنفيذية، ويحقق استخدام اللجان مزايا متعددة<sup>3</sup>.

4- / توزيع السلطة تبعاً لمستويات التدرج: تبعاً لهذا التقسيم فإن السلطة في التنظيم تنقسم إلى ثلاث أقسام هي : السلطة ذات البعد الأفقي، والسلطة ذات البعد العمودي، والسلطة ذات البعد الأفقي والعمودي السلطة ذات البعد الدائري .

#### 4-1- السلطة ذات البعد العمودي (الطريقة الكلاسيكية أو الرأسية أو العسكرية): وهو الشكل

الأكثر استعمالاً في إعداد الخرائط نظراً لبساطة وسهولة رسمه، حيث تتناسب فيه السلطة من الأعلى إلى الأسفل<sup>4</sup>، أي أن السلطة تدرج من القمة إلى القاعدة فهي تبدأ بسلطات واسعة يمتلكها المدير العام، ثم تأخذ في التقلص والانكماش كلما انحدرت هبوطاً إلى مستوى أقل، حتى تنتهي بسلطة محدودة يمتلكها أفراد خط الإشراف الأول - رؤساء الأقسام - يوضح كل مستوى بدقة سلطات كل رئيس في إصدار أوامره على مرؤوسيه وواجباته في تنفيذ الأوامر التي تصدر له من الرؤساء وذلك بصرف النظر عن وجهات نظرهم ورأيهم الشخصي في مدى سلامة هذه الأوامر ، ويطلق على هذه المستويات اصطلاحاً المستويات الإدارية أو "التسلسل الرئاسي" الذي يشير إلى توزيع السلطة حسب ترتيب المراكز أو المراتب في التنظيم وفقاً لمعيار محدد للتقويم وبعد ملائماً للنسق ، يركز هذا التدرج على المسؤولية والسلطة، ويتبع هذا التدرج من الأعلى إلى الأسفل أي صعوداً من القاعدة إلى القمة على شكل تسلسل بعضها فوق

1- هاني خلف الطروانة، مرجع سابق، ص ص 92- 93.

2- سامي سلطي عريفج، مرجع سابق، ص 76.

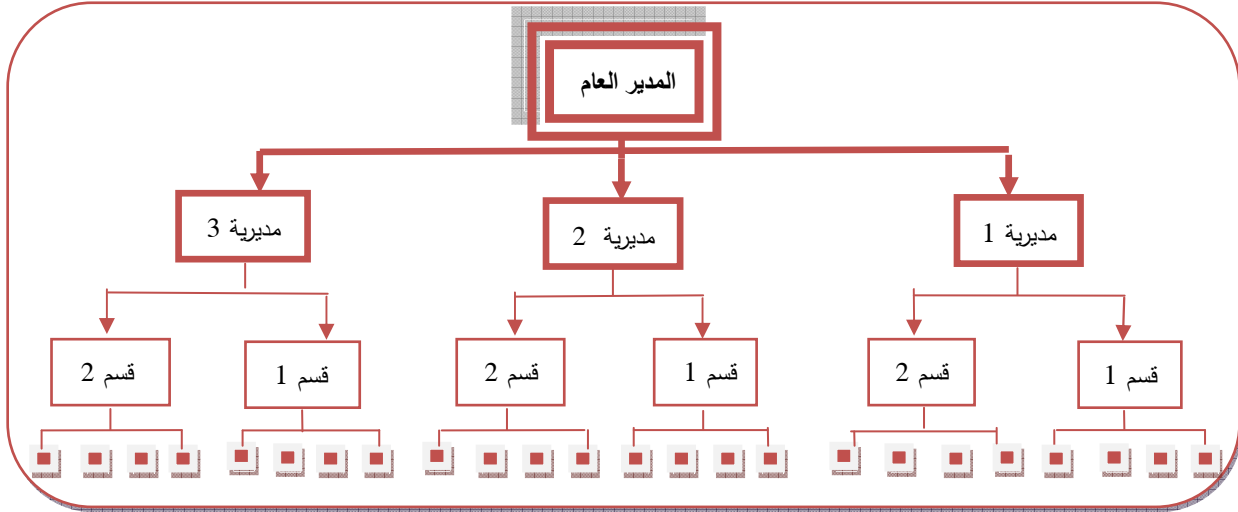
3- زياد محمد عبد، مرجع سابق، ص ص 130- 131.

4- عبد الوهاب سنوسي، مرجع سابق، ص 144.



بعض ويتخذ شكلاً هرمياً يطلق عليه اسم "السلم الإداري" وهو يوضح بدقة سلطات كل رئيس في إصدار أوامره<sup>1</sup>، والشكل التالي يوضح هذا النوع من السلطة.

الشكل رقم (8) يبين البعد العمودي لسلطة في المؤسسة:



المصدر: عبد الباسط محمد حسن، مرجع سابق، ص 163.

#### 4-2- السلطة ذات البعد الأفقي: يقصد بها تجميع الأعمال والأنشطة المتشابهة أو المتقاربة في

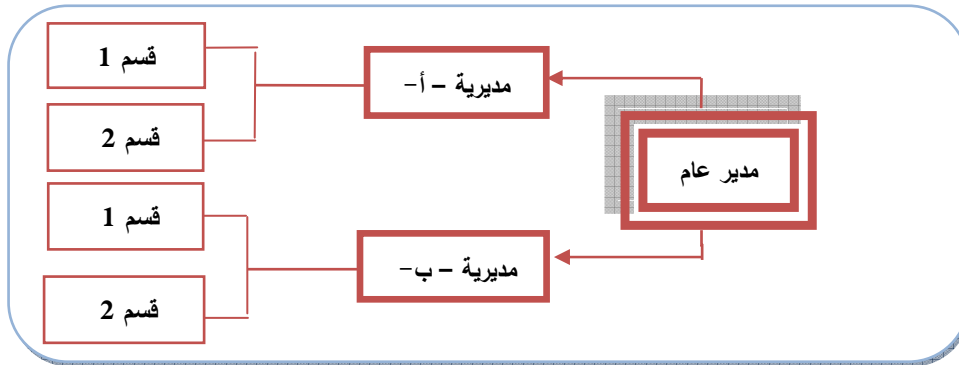
الإدارات و الأقسام، بحيث يشرف كل مدير إدارة أو رئيس قسم على مجموعة معينة من الأعمال والأنشطة المتشابهة، ويصوغ من هم في مواضع السلطة مجموعة من الأوامر والتوجيهات الرسمية ويقصد بالرسمية هنا الشيء المكتوب والمصادق عليه من قبل واضعي السياسة الذين يمتلكون السلطة في المنظمة<sup>2</sup>، حسب هذا التدرج توضع قمة الإدارة في أقصى اليمين وقاعدة المؤسسة في أقصى اليسار، وتنساب السلطة من اليمين إلى اليسار، ويتميز هذا الشكل بانسجامه مع طبيعة القراءة والوضوح وكيفية تدفق السلطة ولا يترك الآثار النفسية السلبية لدى صغار الموظفين، والشكل التالي يوضح هذا النوع من الخرائط<sup>3</sup>.

1- حسين رشوان، مرجع السابق، ص ص 83-84.

2- حسين رشوان، مرجع سابق، ص ص 83-84.

3- عبد الوهاب سنوسي، مرجع سابق، ص 145.

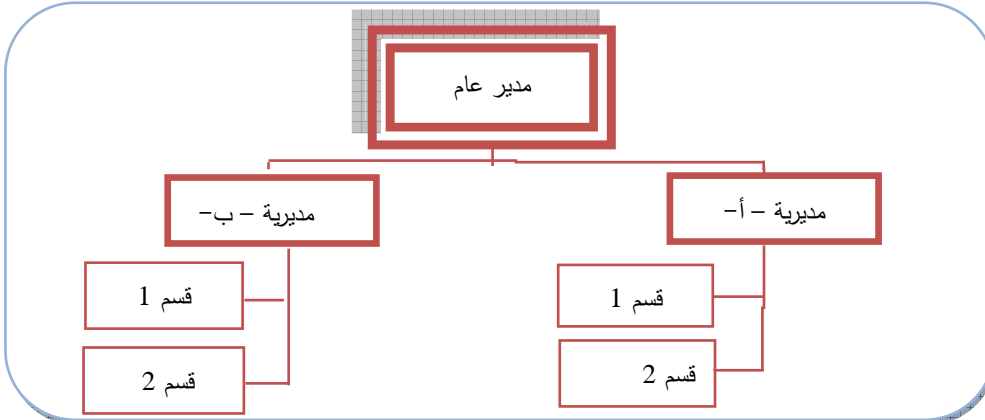
الشكل رقم (9) بين السلطة ذات البعد الأفقي في المؤسسة:



المصدر: عبد الوهاب سنوسي، مرجع سابق، ص. 164

3-4- السلطة ذات البعد الأفقي العمودي: يجمع هذا الشكل بين النوعين السابقين ويستعمل عادة بالنسبة للتنظيمات الكبيرة، لأنه يملك حيز أكبر لرسم عدد كبير من الوحدات الإدارية والشكل التالي يوضح هذا النوع :

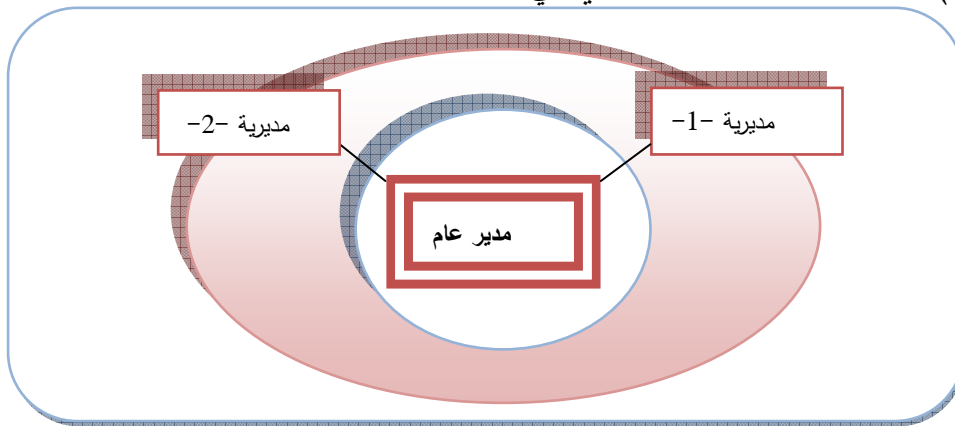
الشكل رقم (10) بين السلطة ذات البعد العمودي الأفقي في المؤسسة:



المصدر: عبد الوهاب سنوسي، مرجع سابق، ص. 147.

4-4- السلطة ذات البعد الدائري: يقوم هذا التصميم على أساس فكرة العلاقة بين المركز والمحيط، حيث تركز السلطة في مركز الدائرة ويتم توزيع الوحدات التنظيمية تبعاً لدرجة المسؤولية المخولة إليها بين المركز والمحيط، وما يميز هذا الشكل أنه لا يترك الأثر النفسي السلبي لدى الفرد، باعتبار أن الصورة المستوحاة تعكس إن كل فرد في ذلك التنظيم إنما هو جزء متمم لهيكلتها. كذلك تتماشى وحجم التنظيمات الكبيرة (مشكلة المساحة) بحيث تزداد الوظائف كلما اتجهنا من المركز إلى المحيط وهذا ما يساعد القائم بالرسم لاستغلال المساحة بشكل أفضل، والشكل التالي يوضح هذا النوع من الخرائط<sup>1</sup>.

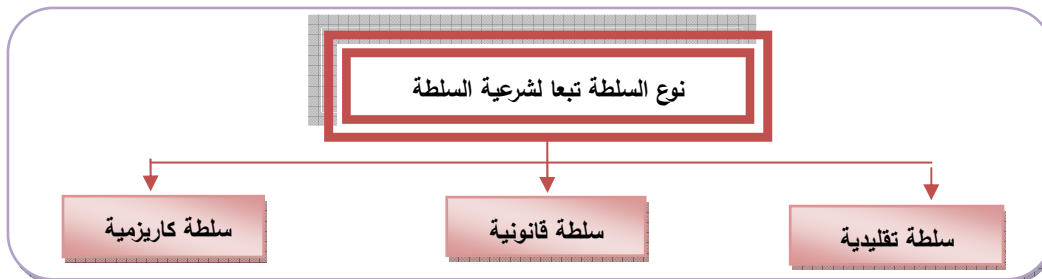
الشكل رقم (11) بين السلطة ذات البعد الدائري في المؤسسة:



المصدر: عبد الوهاب سنوسي، مرجع سابق، ص. 148

5- توزيع السلطة تبعاً السمات الشخصية أو شرعية السلطة: من أبرز الدراسات التي تناولت أنماط وأشكال السلطة هي دراسات الباحث الاجتماعي (فيبر) وتتلخص آراء (فيبر) بصدد ظاهرة السلطة أن ثمة ثلاث نماذج مثالية لتلك الظاهرة، تختلف عن بعضها من حيث مكونات البنائية وتفرق عن بعضها البعض من حيث مصادر شرعيتها، وتتمثل هذه النماذج وفق ترتيب معين هو كالاتي سلطة تقليدية، سلطة قانونية سلطة كاريزمية، والشكل التالي يبين نوع السلطة تبعاً لشرعية أو سمات الشخصية.

الشكل رقم (12) يبين توزيع السلطة تبعاً لشرعيتها في المؤسسة:



المصدر: من إعداد الباحثة.

1- المرجع نفسه، ص 147.

5-1- السلطة التقليدية: : سنعرض فيما يلي مجموعة من التعاريف حول السلطة التقليدية :

- عرفها الكاتب بسام عبد الرحمن المشابقة بأنها: "السلطة التي تقوم على الإيمان الراسخ بقداسة التقاليد والأعراف المتفق عليها، وخصوصية المكانة الاجتماعية المرموقة التي يشغلها أولئك الذين يمارسون السلطة بالفعل، إلى أن شرعية السلطة التقليدية إنما تصدر عن أصول مجتمعة عرفية مقرر<sup>1</sup>".

- وبضيف محمد عاطف بأن: "السلطة التقليدية تستمد سلطتها من قدسية التقاليد القائمة"<sup>2</sup>.

- ويطلق عليها خلف الطراونة بأنها: "السلطة الشرعية بموجب حق الملكية وهنا يتخذ المالك القرارات الخاصة بكيفية استخدام أمواله، وهو حق تضمنه القوانين والتشريعات والأعراف الاجتماعية ، وفي منشآت الأعمال يفوض المالكون هذا الحق لمجلس الإدارة الذي يقوم بتفويض سلطتهم أو جزءا منها إلى المدير العام للمنشأة وهكذا تتدرج السلطة من الأعلى إلى الأسفل بحيث يستمد كل مستوى سلطته من المستوى الأعلى"<sup>3</sup>.

من خلال ما سبق نستنتج أن السلطة القانونية هي سلطة العرف والتقاليد تصدر عن أصول مجتمعية عرفية مقرر<sup>4</sup> تستمد شرعيتها من قدسية التقاليد القائمة، و ممارس السلطة فيها يشغل مكانة اجتماعية مرموقة وغالبا ما يكون أكبرهم سناً، وهم من يتخذون القرارات الخاصة بكيفية استخدام أمواله وهو حق تضمنه القوانين والتشريعات والأعراف الاجتماعية، وفي منشآت الأعمال يفوض المالكون هذا الحق لمجلس الإدارة، الذي يقوم بتفويض سلطتهم أو جزءا منها إلى المدير العام للمنشأة وهكذا تتدرج السلطة من الأعلى إلى الأسفل بحيث يستمد كل مستوى سلطته من المستوى الأعلى، ويتم تداول السلطة بالتوارث.

5-2- السلطة القانونية: : سنعرض فيما يلي مجموعة من التعاريف حول السلطة القانونية:

- عرفها بسام عبد الرحمن المشابقة بأنها: "تلك السلطة التي تستند إلى أسس عقلانية رشيدة قوامها نسق من القواعد الموضوعية والمعايير غير الشخصية، تخول من يحتلون مواقع القوة ويلتزمون حدودها حق إصدار الأوامر واتخاذ القرارات ، في حين تصدر شرعية السلطة القانونية عن معايير وضوابط نظامية مقننة"<sup>4</sup>.

1- بسام عبد الرحمن المشابقة، الإعلام والسلطة، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص 32.

2- محمد عاطف غيث، مرجع سابق، ص 68.

3- هاني خلف الطراونة، مرجع سابق، ص 91.

4- بسام عبد الرحمن المشابقة، مرجع سابق ، ص 32.

- أما محمد عاطف غيث فيرى أن: "السلطة القانونية سلطة تستمد شرعيتها من نسق القواعد الرسمية وظيفتها تنظم السلوك بطريقة عقلانية ، والمعارف على انجاز الأهداف المتطلع إليها".<sup>1</sup>

- هاني خلف الطراونة فيقول أن: "المدير يستمد سلطته من مرؤوسيه وليس من رؤسائه .فالسلطة بهذا المفهوم هي عبارة عن العلاقة القائمة بين الأفراد عندما يقبل أحدهم التوجه من الرئيس ،أي أن المدير لا يكتسب السلطة إلا بعد موافقة المرؤوسين والتزامهم بهذه السلطة".<sup>2</sup>

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن السلطة القانونية تستند إلى أسس عقلانية رشيدة، تستمد شرعيتها من نسق القواعد الرسمية وظيفتها تنظيم السلوك بطريقة عقلانية ، حيث أن المدير يستمد سلطته من مرؤوسيه تقوم على علاقات قائمة بين الإدارة والعمال يستمد فيها الرئيس شرعيته من قبول المرؤوسين له وطاعتهم له.

### 5-3- السلطة الكاريزمية: سنعرض فيما يلي مجموعة من التعاريف حول السلطة الكاريزمية:

- يطلق عليها سامي سلطي عريفج سلطة التأثير الشخصي وهي: "السلطة التي يحكم بقوتها القادة المتميزون حيث يمتلكون سلطة كاريزمية بمعنى أنها هبة الطبيعة لهذا الفرد أو منحة من الله تمثل استثناء للمألوف، فيجد المتصلون بهذا النوع من الأشخاص أنفسهم يستسلمون لأوامره وتوجيهاته وكأنها مستوحاة من عالم الحق والخير والجمال، فلا مناص من تنفيذها دون التفكير بأي نوع آخر من البدائل".<sup>3</sup>

- يطلق عليها محمد عاطف غيث سلطة الهامية سلطة تستمد شرعيتها من الخصائص الفريدة لقائد معين ومن الطبيعة الا لهامية لرسالته، وإذن فالسلطة الا لهامية هي: "صورة فريدة لأنها تعتمد على قدرة القائد على إقناع أتباعه وتأكيد الطبيعة الخاصة أو المقدسة لرسالته".<sup>4</sup>

- ويطلق عليها هاني خلف الطراونة أيضاً بالسلطة الشخصية بموجب هذه النظرية فان: "الفرد يكتسب سلطة معينة تجاه الآخرين حين يكون ماهراً وخبيراً في مجال عمله وقادراً على إبداء الرأي والإرشادات القيمة رغم أن الفرد بحكم وضعه الوظيفي لا يملك سلطة رسمية".<sup>5</sup>

- ويعرفها بسام عبد الرحمن المشابقة بأنها: "تلك السلطة التي تقوم على الولاء المطلق للشخصية فهذه تتسم بالقداسة أو البطولة وتكشف بما تأتيه من تصرفات عن ضرب مميز من المعايير، والنظام ما

1- محمد عاطف غيث، مرجع سابق، ص 68.

2- هاني خلف الطراونة، مرجع سابق، ص 91.

3- سامي سلطي عريفج، مرجع سابق، ص 74.

4- محمد عاطف غيث، مرجع سابق، ص 68.

5- هاني خلف الطراونة، مرجع سابق، ص 91.

يريد أن يصل إليه فيبر من خلال تصنيفات السلطة يريد أن يشير أن شرعية السلطة الكاريزمية تصدر بالأساس وخلافاً للسلطتين السابقتين عن أصول فردية بحثه.<sup>1</sup>

من خلال ما سبق نستنتج أن السلطة الكاريزمية هي السلطة التي يحكم بقوتها القادة المتميزون و تستمد شرعيتها من الخصائص الفريدة لهم، لأنها تعتمد على قدرة القائد على إقناع أتباعه على الولاء المطلق وبالرغم من هذا فإن القائد بحكم وضعه الوظيفي لا يملك سلطة رسمية.

## II. العوامل المؤثرة في السلطة التنظيمية :

تقوم التنظيمات بنشاطها وسط محيط تختلف ميزاته من مجتمع إلى آخر ، ومن زمن إلى آخر، نظراً لوجود هذه الأخيرة داخل المحيط فإنها تتعامل معه وتتفاعل مع عناصره المختلفة بشكل تبادلي معقدة، تتأثر فيه بعلاقة متعدية، وبالتالي فإن العمليات الإدارية والوظيفية التي تقوم بها المنظمة لا يمكن دراستها بمعزل عن المتغيرات البيئية<sup>2</sup> التي تعمل فيها و تتطوي على ثلاث مجموعات من المتغيرات وهي :

المجموعة الأولى تضم متغيرات على المستوى الوطني، مثل العوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، أما المجموعة الثانية فهي متغيرات تشغيلية خاصة بكل مؤسسة، ترتبط بمجموعة المتعاملين معها، مثل الهيئات والتنظيمات الحكومية الإدارية، أما المجموعة الثالثة فتضم المتغيرات المتعلقة بمحيط التنظيم الداخلي ، من عمال ومديرين وغيرهم وبالتالي نقول أن المحيط بمختلف مكوناته له دور تأثير في التنظيم ويعبر إلى حد ما عن مجموعة من القيود تتحكم جزئياً في توجيه التنظيم، وهذه الأخيرة تأخذ متغيرات وتأثيرات محيطها كمعطيات خارجية يصعب التحكم فيها<sup>3</sup>، و من ثم فإن المنظمة التي تضمن البقاء لفترات طويلة هي تلك التي تستطيع أن توافق حاجاتها الداخلية مع متطلبات البيئة الخارجية التي غالباً ما تؤثر على أهداف و هياكل المنظمة ، و هذا التأثير غالباً ما يظهر على المدى الطويل ، و بصفة أكثر تحديداً سوف ينصب تحليلنا على المتغيرات التي تؤثر على مفهوم السلطة التنظيمية سواء المتغيرات الداخلية (تصميم الهيكل التنظيمي ونمط اتخاذ القرارات ونمط الاتصال ) و متغيرات خارجية (المتغيرات السياسية و الاقتصادية و المتغيرات الاجتماعية وثقافية و المتغيرات العلمية و التكنولوجية).

1- بسام عبد الرحمن المشابقة، مرجع سابق ، ص 32.

2- تعريف البيئة على أنها: تلك الأحداث والمنظمات والقوى الأخرى ذات الطبيعة الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية والسياسية والواقعة خارج نطاق السيطرة المباشرة للإدارة ، كما يعرفها Brown على أنها الإطار الكلي لمجموعة العوامل المؤثرة على تصميم المنظمة (عبد الوهاب سنوسي، مرجع سابق ، ص 189)

3- ناصر دادي عدون ، اقتصاد المؤسسة، ط2، دار المحمدية العامة، الجزائر، 1998، ص 76

1- المتغيرات الداخلية المؤثرة في السلطة التنظيمية : سوف ينصب التحليل هنا على أهم المتغيرات التشغيلية التي تؤثر على مفهوم السلطة التنظيمية وهي نمط تصميم الهيكل التنظيمي و نمط اتخاذ القرار ونمط الاتصال .

1-1- نمط تصميم الهيكل التنظيمي: إن عملية تصميم الهيكل التنظيمي<sup>1</sup> عملية صعبة ومعقدة، بل وتشكل معضلة للكثيرين ، وذلك لما تتضمنه هذه العملية من تأثير على النسق السلطوي في المنظمة بحيث تتفاعل مع أبعاد ومتغيرات عديدة ، وتتفاعل مع بعضها البعض ، مما يتيح بدائل كثيرة في تصميم الهيكل التنظيمي ، و يتطلب تصميمه الإجابة عن أسئلة عديدة أهمها ما يلي:

1- إلى أي مدى يجب تطبيق مبدأ تقسيم العمل والتخصص؟ هل نستمر في تقسيم العمل والتخصص إلى أقصى درجة ممكنة وإلى مجالات محددة جدا؟ أم نكتفي بدرجة مناسبة من التخصص بما يسهل عملية الاتصال، ويمنح العاملين مزيدا من المسؤولية ويساعد على إثراء أعمالهم؟

2- هل يتم اعتماد سلم هرمي طويل في التنظيم العام أم سلم متوسط "منبسط"؟ أي بمعنى تحديد عدد المستويات الإشرافية ونطاق الإشراف.

3- على أي أساس سيتم تجميع الأعمال؟ هل على أساس الوظيفة، أم على أساس المنتج، أم على أساس جغرافي؟

1- لم يستطيع مفكرو الإدارة والتنظيم الاتفاق حول تعريف واحد لمصطلح الهيكل التنظيمي ، إلا أنهم اتفقوا جميعا على أن الهيكل التنظيمي هو وسيلة وليس غاية يسمح بتحقيق أهداف المؤسسة . ونقوم باستعراض مجموعة من التعاريف لهذا المصطلح :

- حسب "Robrt Appleby" إن الهيكل التنظيمي هو: " إطار يوجه سلوك رئيس المؤسسة في اتخاذ القرارات"
- أما "Freeman" فيعرف الهيكل التنظيمي على انه: " الطريقة التي يتم بها تقسيم أنشطة المؤسسة وتنظيمها وتنسيقها".
- أما "Robbins" فيعتبر أن الهيكل التنظيمي يحدد كيفية توزيع المهام والواجبات، و المسئول الذي يتبع له كل موظف، و أدوات التنسيق الرسمية وأنماط التفاعل الواجب إتباعها وتطبيقها.
- حسب "Stonar" يعتبر الهيكل التنظيمي الآلية الرسمية التي يتم من خلالها إدارة المؤسسة عبر تحديد خطوط السلطة والاتصال بين الرؤساء والمرؤوسين.
- وحسب "Hinings" أن الهيكل التنظيمي هو: " وسيلة تحكم معقدة تنتج ويعاد تكوينها بشكل مستمر وتشكل أيضا التفاعل بين الهياكل المحكومة والحاكمة في نفس الوقت "

من خلال التعاريف السابقة يمكن استنتاج العناصر التي يتشكل منها الهيكل التنظيمي وهي كالآتي :

- تقسيمات تنظيمية تعبر عليها بالوحدات التنظيمية
- مجموعة من المهام المحددة (تعبير عن التخصص)
- مجال لاتخاذ القرارات وتوزيع السلطة
- شبكة لانتقال المعلومات (الاتصال) (عبد الوهاب السنوسي، مرجع سابق، ص ص 88-89) .

4- هل من الضروري تحقيق قدر كبير من التكامل والتنسيق بين الوحدات والجماعات المختلفة؟ وما هي الوسائل المتاحة لتحقيق ذلك؟

5- ما هو المنهاج و الأسلوب الذي سنتبناه الإدارة لممارسة الرقابة على العمل ؟ وهل سيتم تطبيق المركزية أم تفويض السلطة في جميع القرارات؟  
يمكن القول بان تصميم الهيكل التنظيمي يتضمن اتخاذ القرارات الأربعة الرئيسية التالية بشأن الهيكل التنظيمي:

1- يتعلق القرار الأول بتقسيم النشاط العام للمنظمة إلى أنشطة اصغر وهذه إلى أنشطة اصغر وهكذا حتى نحصل على أعمال ووظائف لكل منها واجبات ومسؤوليات محددة، وجوهر هذا القرار يكمن في مدى التخصص وتقسيم العمل الذي يجب تطبيقه .

2- يتعلق القرار الثاني باختيار أساس معين لتجميع الأعمال / الوظائف ،وقد ينشأ عن هذا القرار مجموعاتتتضمن أعمالا متجانسة أو متباينة.

3- أما القرار الثالث فيتعلق بتحديد نطاق الإشراف: ضيق أم واسع؟

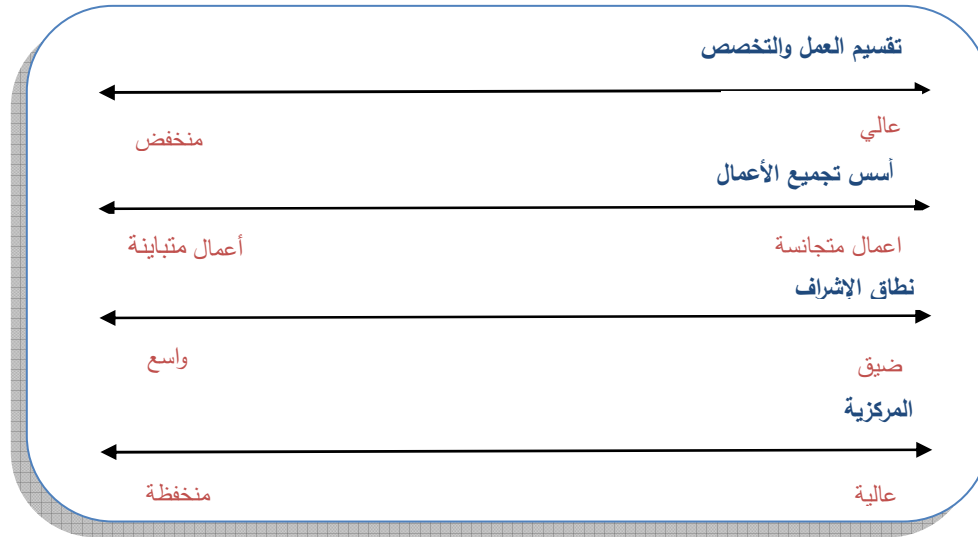
4- أما القرار الأخير فيتعلق بتوزيع السلطات بين الوظائف.

وتتضح البدائل العديدة المتاحة، إذا ما تصورنا أن كل قرار من القرارات الأربعة يتضمن بدائل عديدة تقع على امتداد الخط الذي يربط أدنى درجة وأقصى درجة (طرفي الخط) فيما يتعلق بكل بعد من الأبعاد الأربعة للهيكل التنظيمي:<sup>1</sup>

1- حسين حريم، مبادئ الإدارة الحديثة ( النظريات- العمليات الادارية - وظائف المنظمة ) ، ط1، دار الحامد، عمان، 2006، ص ص 150-152.



شكل رقم(13) يبين الأبعاد الأربعة للهيكل التنظيمي المؤثرة على النسق السلطوي في المؤسسة:



المصدر: حسين حريم، المرجع السابق، ص. 152.

### 1-2- نمط اتخاذ القرارات: سنعرض فيما يلي مجموعة من التعاريف حول اتخاذ القرار:

- يعرف "تيجرو" القرار بأنه: "الاختيار الواعي بين البدائل المتاحة في موقف معين، أي أن القرار وجود المشكلة الإدارية (موقف معين) التي تستوجب الحل وأن تكون هناك مجموعة متوافرة من الحلول (البدائل) تحتاج إلى تحليل ودراسة (واعية) حتى يتم اختيار القرار الأمثل"<sup>1</sup>.
- في حين يعرف "العديلي" عملية اتخاذ القرار بأنها: "الطريقة المنظمة لمواجهة المواقف والمشكلات أثناء العمل عن طريق توفير المعلومات الكافية وإيجاد البدائل المناسبة واختيار البديل الأكثر مناسبة من بينها في سبيل تحقيق الهدف المرغوب حسب الموقف وظروفه".
- يعرفها "اللوزي" عملية اتخاذ القرار بأنها: "استخدام المنهجية العلمية والتحليل الكمي لاختيار بديل من عدة بدائل شريطة أن يحقق هذا البديل المنفعة الأكثر لأفراد والتنظيمات الإدارية".

1- أمين ساعاتي، مرجع سابق، مرجع سابق، ص 155

2- في البداية بجدد التفريق بين مفهوم صنع القرارات ومفهوم اتخاذ القرارات، إن عملية صنع القرار تتضمن جميع العوامل المشتركة في عملية اتخاذ القرار سواء أكانت العوامل اجتماعية أو سياسية أو اقتصادية أو ثقافية، أي أنها العملية التي تتضمن الأعداد والتخصيص والتكوين للقرار بمختلف الحثيات والأسباب، أما مفهوم اتخاذ القرار فهو المرحلة النهائية في عملية صنع القرار. بمعنى أن عملية صنع القرار تحتوي عملية اتخاذ القرار وليس العكس والواقع أن كثيرا من علماء الإدارة لم يفرقوا بين المفهومين، على اعتبار أن اتخاذ القرار هو مرحلة من مراحل عملية صنع القرار (المرجع نفسه، ص 155)

-بينما يعرفها "عبد الغفار حنفي وعبد السلام أبو قحف" عملية اتخاذ القرار بأنها: "عملية اختيار بديل واحد من بين بديلين محتملين أو أكثر لتحقيق هدف أو مجموعة الأهداف خلال فترة زمنية معينة في ضوء معطيات كل من البيئة الداخلية والخارجية والموارد المتاحة للمنظمة".<sup>1</sup>

مما سبق نستنتج أن القرار هو التعبير الأول عن السلطة الرسمية لأنه يتضمن إحداث تغيير في مراكز الأفراد والسياسات وظروف العمل ،و من الناحية الرسمية يمثل اتخاذ القرارات المهمة الرسمية للرئاسة الإدارية ،والرئيس الإداري لن يكون قائدا إداريا بالمعنى الدقيق إذا انفرد بسلطة اتخاذ القرار دون مشاركة من معاونيه ومجموعات الأفراد المعنيين بالقرار،ومن الضروري أن يهتم القائد الإداري بالربط بين القرارات والأهداف التي تسعى المنظمة لتحقيقها فلا تحيد عنها وكذلك من الضروري أن يأخذ في الاعتبار عند اتخاذ القرارات الضغوط الاجتماعية المحيطة والقوى الخارجية من المنظمة والتي تتأثر بالقرارات المتخذة وتؤثر فيها <sup>2</sup>.

أ-أنماط السلطة في اتخاذ القرارات: تختلف طبيعة القرارات المتخذة من حيث نوعها فقد تكون روتينية أو غير روتينية ، كما تتباين من حيث الفترة الزمنية المتوفرة بين يدي متخذ القرار بين طويلة وقصيرة ،إضافة إلى الظروف السائدة داخل المنظمة وخارجها ،وهذه الاختلافات تحدد أفضلية اتخاذ القرار من طرف فرد واحد أو جماعة من الأفراد أي أن هناك نمطين من السلطة في اتخاذ القرارات وهما:

- السلطة الفردية في اتخاذ القرارات : يعود هذا الأسلوب إلى ظاهرة المالك الواحد للتنظيم متى كانت هذه الأخيرة صغيرة ويأخذ المالك على عاتقه مهمة اتخاذ القرار،إما ثقة في قدرته وسلامة قراراته وإما خوفا على سلطته ،ومع التقدم العلمي السريع واعتمادعملية اتخاذ القرار على الحقائق العلمية ، أصبح للفنيين قدرة أفضل من غيرهم للقيام بالعملية وهنا بدأت سلطة الأسلوب الفردي في تراجع .

- السلطة الجماعية في اتخاذ القرارات:وبعني مساهمة العديد من الأفراد في اتخاذ القرارات، قد تكون هذه المجموعة في مكان واحد أو أماكن مختلفة ،كما قد تكون دائمة لإيجاد الحلول لأي مشكلة تطرأ في المنظمة أو يتم إنشاؤها لحل مشكلة محددة <sup>3</sup>.

1- يوسف كمال، ضغوط العمل لدى القيادة الإدارية وأثرها على عملية اتخاذ القرارات، ط1، مكتبة الوفاء القانونية، مصر، 2016،ص17.

2- محمود شحماط، المدخل إلى العلوم الإدارية أسس ومبادئ علم الإدارة العامة، دار العلوم لنشر وتوزيع، الجزائر، 2010، ص85-86.

3- يوسف كمال، مرجع سابق ، ص ص 23-25.

ب- تقييم نمط السلطة الجماعية: حظي ولازال موضوع مشاركة العاملين في صنع القرارات باهتمام العديد من الكتاب والباحثين ، وحث العديد منهم على أهمية وضرورة مشاركة الأفراد والجماعات في عمليات صنع القرارات في المنظمات وأشارت الدراسات والأبحاث العديدة إلى النتائج والآثار الايجابية لتلك المشاركة ، ولكن في نفس الوقت يتحفظ آخرون على ذلك لما يصاحب ذلك من بعض السلبيات ويوضح الجدول التالي مزايا وسلبيات نمط السلطة الجماعية في اتخاذ القرارات.

**جدول رقم (2) يبين مزايا وعيوب نمط السلطة الجماعية في اتخاذ القرارات:**

المزايا	العيوب
- يساعد على تقبل الأفراد ( المشاركين )	- القرار الجماعي يحتاج إلى وقت اكبر للوصول إلى قرار
- يسهل عملية التنسيق بين الأفراد المشاركين	- قرارات الجماعة قد لا تكون حاسمة
- تسهل عملية الاتصال بين الأفراد المشاركين	- الجماعات يمكن أن تساوم وبهذا لا تتوصل إلى القرار الأفضل
- يمكن تطوير عدد كبير من الحلول البديلة	- يمكن الهيمنة على الجماعة من قبل فرد معين
- يمكن استقطاب معرفة وخبرة كبيرة( تعدد وجهات النظر)	- الجماعة يمكن أن تتاور
- فهم واستيعاب اكبر من خلال المناقشة	- يمكن استبدال الأهداف
- يوفر أساسا للتدريب في ديناميكية الجماعة	- الدوران واللف يحل محل التفكير السليم
	- تفكير الجماعة والرغبة يكبت الحكم الصائب وحرية التعبير

المصدر: حسين حريم، مرجع سابق ، ص 98.

وفي ضوء الايجابيات والسلبيات السابق ذكرها لنمط السلطة الجماعية في اتخاذ القرارات ، فان نمط السلطة الجماعية في اتخاذ القرار قد يكون مناسباً وفعالاً في حالات ومواقف معينة<sup>1</sup>، وعادة ما يعمل التنظيم على سلب سلطة بعض الأفراد في اتخاذ القرارات ويبدلها بعملية اتخاذ القرارات في التنظيم ، وتتناول القرارات التي يضعها التنظيم للفرد تحديد وظيفة الفرد وتوضيح المجال العام لطبيعة واجباته، تخصيص السلطة تحديد الفرد في التنظيم الذي يتمتع بالسلطة لاتخاذ قرارات اضافية، ووضع القيود التي تحد من اختياره والتي تعتبر ضرورية لتنسيق نشاطات الأفراد الآخرين في التنظيم.<sup>2</sup>

1- حسين حريم، مرجع سابق ، ص 99.

2- رايح كعباش، علم الاجتماع التنظيم ، مخبر علم اجتماع الاتصال، الجزائر، 2006، ص ص 145-146.

**1-3- نمط الاتصال:** هناك تعريفات متعددة للاتصال<sup>1</sup> تتفاوت في شموليتها وعمقها ولكن العديد من الكتاب لا يعتقدون أن الاتصال هو مجرد إرسال معلومات من طرف (المرسل) لآخر بل هو عملية اجتماعية تبادلية تتضمن تبادل الفهم (الإدراك) بين طرفي الاتصال والتأثير في السلوك لتحقيق أهداف المنظمة<sup>2</sup>، أي أنه عملية تبادل الآراء والمعلومات بين الأطراف المختلفة داخل التنظيم بغرض تحقيق هدف معين، وهناك تعريف آخر للاتصال الإداري مؤداه أنها العملية التي يتم بها نقل وتبادل المعلومات بين العمال على كل المستويات الإدارية بغرض تحقيق التفاعل في معناه الواسع وبالتالي تحقيق ديناميكية الجماعة<sup>3</sup>، و من وجهة نظر منال طلعت محمود فالالاتصال في تنظيم عملية نقل وتبادل المعلومات الخاصة بالمنظمة داخلها وخارجها وهو وسيلة تبادل الأفكار والاتجاهات والرغبات بين أعضاء التنظيم وذلك يساعده على الارتباط والتماسك ، ومن خلاله يحقق الرئيس الأعلى ومعاونوه التأثير المطلوب في تحريك الجماعة نحو الهدف ، وكما أن الاتصال أداة هامة لإحداث التغيير في السلوك البشري<sup>4</sup>.

**أ- أنواع شبكات الاتصال:** إن تدفق الاتصالات العملياتية - الداخلية والخارجية- والشخصية في جميع الاتجاهات والمستويات يوجد شبكة اتصالات معقدة، وهذه الشبكة تتضمن شبكتين من الاتصالات متوازيتين<sup>5</sup>، أحدهما رسمي تحدده الإدارة العليا وتوضحه الخرائط التنظيمية وقنوات التوجه والتسلسل

1- تعريف الاتصال لغويًا: تعني كلمة الاتصال communication التعبير والتفاعل من خلال بعض الرموز لتحقيق هدف معين وتتطوي على عنصر القصد والتدبير .وهذه الكلمة مشتقة من الأصل اللاتيني commuins بمعنى المشاركة وتكوين العلاقة ،أو بمعنى شائع أو مألوف كما ارجع البعض هذه الكلمة إلى الأصل common بمعنى عام أو مشترك و أي من هذه المفاهيم يوضح لنا أن الاتصال عملية تتضمن ( المشاركة - التفاهم) حول ( موضوع - فكرة) لتحقيق (هدف -برنامج). ويرجع أصل الكلمة في اللغة العربية إلى الفعل يتصل والاسم يعني المعلومات المبلغة أو الرسالة الشفوية أو تبادل الأفكار والآراء او المعلومات عن طريق الكلام أو الإشارات كما تعني الكلمة أيضا شبكة الطرق أو شبكة الاتصالات وكلها تؤكد على أهمية التفاعل والعلاقات الإنسانية بين البشر . حيث عرفها مختار القاموس بأنها (( وصل الشيء وصلًا)) بمعنى نقل المعلومات والمعاني والأفكار والمشاعر بين شخص وآخر بين مجموعة أشخاص لتحقيق هدف معين ما غرض معين. وهناك من القواميس العربية الانجليزية ما يستخدم فعل communicate وكلمة communication كأحد مرادفات الفعل العربي (وصل) و(شارك) وتفاعل. ومع هذا تستخدم كلمة الاتصال بمعاني متعددة تتدرج من التفاعل بين الأفراد إلى استخدام شبكات الاتصال التكنولوجية بل وحتى وسائل المواصلات المتقدمة والمتطورة ويؤكد ذلك على أن الاتصال يحدث عندما يتبادل الأفراد المعلومات أي عندما يدرك بعضهم بعضا وعندما يتبادلون الرسائل فيما بينهم ولا يقتصر ذلك على الجانب اللفظي بل يتضمن ( الإبهاءات والإشارات والمظهر وأوضاع البدن) ( هناء حافظ بدوي، الاتصال بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003، ص ص 14-15)

2- عبد الغفار حنفي، اساسيات ادارة منظمات الاعمال الوظائف والممارسات الادارية، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2006، ص 271.

3- محمد محمد عمر الطنوين، نظريات الاتصال ، ط1، دار الإشعاع، مصر ، 2001، ص ص 15-16.

4- صالح بن نوار، فعالية التنظيم في المؤسسات الاقتصادية، مخبر علم الاجتماع والاتصال للبحث والترجمة، 2006، ص 65.

5- عبد الغفار حنفي، مرجع سابق، ص 272.

الإداري وأخر تنظيم غير رسمي ينشأ عن العلاقات الاجتماعية بين الأفراد دون أن تتدخل الإدارة في رسمه أو يخضع لرقابتها وينبثق عن التنظيم غير رسمي اتصال رسمي<sup>1</sup>

- **شبكة الاتصالات الرسمية** : تشمل خطوط ومسارات الاتصالات الرسمية التي تتدفق من خلالها معظم الاتصالات العملية (داخلية وخارجية) ويتم إقرار وتحديد هذه المسارات والخطوط الرسمية بموجب سياسات المنظمة وخطتها وهيكلها التنظيمي، وهذه الشبكة نسبياً بسيطة وثابتة<sup>2</sup>، وهي أيضاً تلك الاتصالات المخططة مسبقاً والمنطقية، التي تمر عن طريقها الحقائق والمعلومات في المنظمة، أي هي تلك الاتصالات التي تستخدم خطوط السلطة الرسمية.<sup>3</sup>

- **شبكة الاتصالات الغير رسمية**: هناك شبكة الاتصالات غير الرسمية التي تسير جنباً إلى جنب مع الشبكة الرسمية، وخطوط الاتصال غير رسمية تخترق الخطوط والقنوات الرسمية، وهي معقدة وتتغير باستمرار، ومن خلالها تتم الاتصالات الشخصية - الحقائق والآراء، الشكوك والإشاعات - التي لا تتم من خلال القنوات الرسمية<sup>4</sup>، وهو الذي تستخدمه الجماعات غير رسمية و يتمتع على درجة عالية من التصديق من جانب أعضاء هذه الجماعات ، وبالرغم من ذلك فإن معلوماته لا تأتي من مصادر رسمية، ومن ثم يمكنه أن ينقل معلوماته لا تأتي من مصادر رسمية، ومن ثم يمكنه أن ينقل معلومات لا تمثل الحقيقة وكذا الإشاعات و ما شابه ذلك ، وفي هذه الناحية يمكن حظر الاتصال غير الرسمية.<sup>5</sup>

إذن الاتصالات الغير رسمية هي جزء من واقع الحياة في المنظمات ومن العبث أن تحاول السلطة الإدارية القضاء عليها، ويمكن أن تكون لها نتائج ايجابية وتكمل الاتصالات الرسمية ،وقد تلحق الضرر بالمنظمة إذا ما أصبحت مصدراً ثابتاً للإشاعات والأقاويل ،ويطلب الأمر من مالكي السلطة - المديرين - الحذر واليقظة والاستماع إلى ما يقال واطلاع العاملين باستمرار على ما يجري في المنظمة و الإصغاء إليهم<sup>6</sup>، حيث تتصف العلاقات فيما بينهم بأنها مستقلة عن الأعمال الوظيفية والسلطة الرسمية ويكون بين هؤلاء الأفراد نوع من التجانس والتالف وإشباع الحاجات ورغم أن هذا النوع من الاتصالات يتم بطريقة غير مرتبطة بالتنظيم الرسمي ، ولكنها تجد لها منفذاً للاتصال داخل الهيكل التنظيمي الرسمي<sup>7</sup>.

1- لو كيا الهاشمي، السلوك التنظيمي، ج2، دار الهدى ، قسنطينة، 2006، ص 237

2- عبد الغفار حنفي، مرجع سابق، ص 276.

3- طلعت لطي إبراهيم، علم الاجتماع التنظيم، مرجع سابق ، ص 71

4- عبد الغفار حنفي، مرجع سابق، ص 276.

5- لينا محمد زكريا، التنمية البشرية ومهارات تطوير الاداء والذات، ط1، دار امجد لنشر وتوزيع عمان، 2015، ص ص 72-73.

6- حسين حريم، مرجع سابق ص 277

7- عبد الغفار حنفي، مرجع سابق، ص 207 .

ب- **قنوات الاتصال:** تعتبر الاتصالات وسيلة المديرين في إدارة أنشطتهم الإدارية وفي إدارة وتحقيق أهداف المنظمة، ويتحدد تدفق الاتصال داخل التنظيم الرسمي حسب طبيعة التسلسل السلطوي للهيكل التنظيمي وحسب الموقف الإداري الذي تظهر فيه هذه الاتصالات فقد يكون الموقف بين المدير ومرؤوسيه وهنا يمكن الاتصال من أعلى إلى أسفل، أو بين المدير وزميله ويعني هنا الاتصال الجانبي أو الأفقي ، وقد يكون بين المرؤوسين ومديرهم وبالتالي يكون الاتصال من أسفل إلى أعلى، يمكن تحديد ثلاث قنوات في هذا المجال كما يلي:

**1- الاتصال من أعلى إلى أسفل:** يعود هذا النوع من الاتصال إلى المفاهيم التقليدية في السلوك التنظيمي حيث تتساب السلطة من أعلى إلى أسفل ، أي من المستويات الإدارية العليا إلى مستويات التنفيذ عبر مختلف المستويات الفاصلة بينها، وذلك في شكل أوامر وتعليمات وتوجيهات وقرارات<sup>1</sup> يعنى هذا أن المعلومات تتم من خلال سلسلة التدرج الرسمية، والبعض منها في شكل قرارات وتوجيهات أو في شكل مطالب، يقوم المرؤوس التابع بنقلها إلى مرؤوسيه .وهكذا حتى تصل إلى المستقبل الأخير الذي يتوقع الإجابة بأسلوب ما<sup>2</sup>، غالباً ما يحدث تحريف للمعلومات التي تتساب من أعلى إلى أسفل ولهذا يجب دائماً متابعة هذه التعليمات والحصول على ردود فعل معينة على شكل تغذية عكسية للتأكد من وصول هذه التعليمات وفهمها بشكل صحيح. كما أن إتباع أسلوب اللامركزية يمكن أن يستخدم لتخفيض عدد المستويات الإدارية التي يجب أن تمر بها عملية الاتصال، وهذا يزيد من التوازن في عملية الاتصال في مختلف الاتجاهات وبدوره من فعالية الاتصال<sup>3</sup>.

**2- اتصالات من أسفل إلى أعلى:** يلاحظ في هذا النوع أن اتجاه الاتصال من المستويات الدنيا إلى المستويات العليا فالإدارة العليا التي تمثل محور السلطة تعتمد على التدفق المستمر للمعلومات من مختلف المناطق والمراكز في التنظيم بهدف اتخاذ قرارات رشيدة و هو بذلك يمثل نظام المعلومات المرتدة<sup>4</sup>، ويهدف إلى إعطاء الفرصة للمرؤوسين في إيصال المعلومات لرؤسائهم وخاصة فيما يتعلق بالنتائج المحققة في المؤسسة ، وهذا النوع من الاتصالات يزيد من دور المرؤوس في المشاركة في العملية الإدارية، و يتم مشاركتهم عن طريق صناديق الاقتراحات والاجتماعات نظام حل الشكاوي<sup>5</sup>.

1- لو كيا الهاشمي، مرجع سابق، ص 218.

2- عبد الغفار حنفي، مرجع سابق، ص 309.

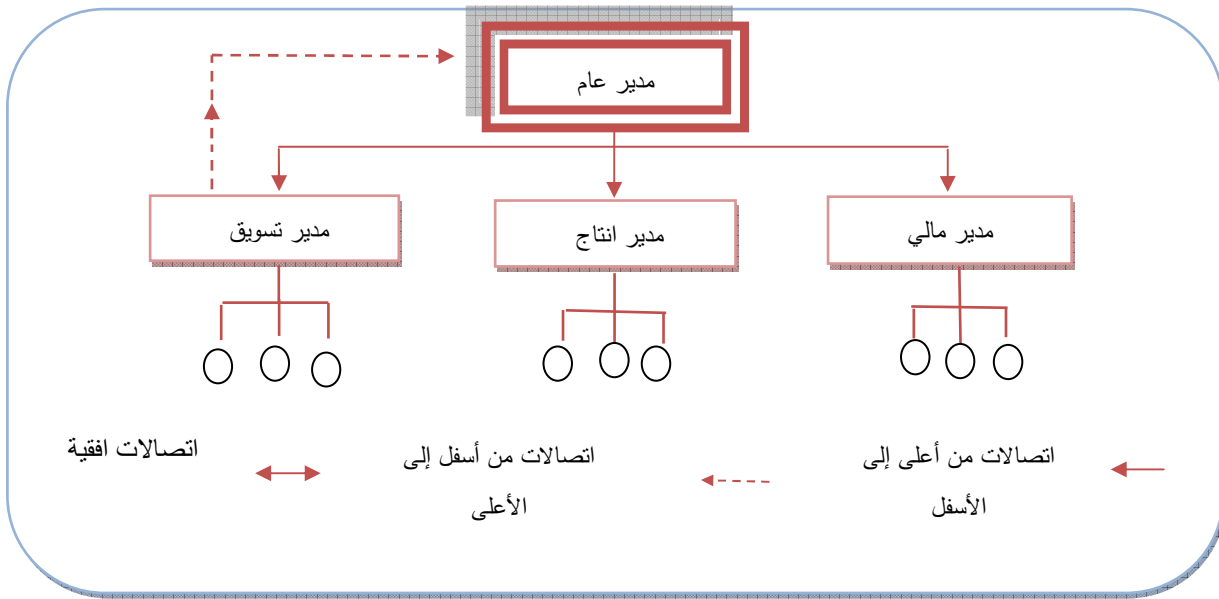
3- زياد محمد عبد، مرجع سابق ، ص.172.

4- عبد الغفار حنفي، مرجع سابق ،ص 316 .

5- زياد محمد عبد، مرجع سابق ، ص173.

3- الاتصالات الأفقية: وتعود إلى انسياب الاتصالات بين الأفراد على نفس المستوى الإداري كأن يتصل مدير الإنتاج بمدير التسويق ، وهذا النوع من الاتصالات ضروري لزيادة درجة التنسيق بين مختلف الوحدات الإدارية في المؤسسة، كذلك قد تتسبب الاتصالات بشكل قطري أي بين الأفراد في مستويات إدارية مختلفة وليس بينهم علاقات رسمية في المؤسسة، وهذا بهدف زيادة السرعة في الاتصالات كأن يتصل مدير الإنتاج بأحد رؤساء الأقسام في إدارة التسويق كما في شكل رقم الاتي <sup>1</sup>.

شكل رقم (14) يبين قنوات انسياب الاتصال في المؤسسة:



المصدر: زياد محمد عبد، مرجع سابق ، ص172

جدول رقم(3) يبين أهم وظائف أنواع الاتصالات في المؤسسة:

وظائفه	فاعلي الاتصال	نوع الاتصال
<ul style="list-style-type: none"> <li>- توجيه المرؤوسين وإعطائهم تعليمات خاصة بالعمل.</li> <li>- شرح طريقة أداء العمل للمرؤوسين، وعلاقته بباقي الأعمال في المنظمة.</li> <li>- إعطاء المرؤوسين معلومات عن الإجراءات والممارسات الخاصة بالعمل</li> <li>- إعطاء المرؤوسين معلومات عن مدى تقدمهم في الانجاز</li> <li>- تحديد أهداف وسياسات العمل للمرؤوسين</li> <li>- تدريب المرؤوسين ورفع مهاراتهم.</li> <li>- نصح المرؤوسين ومساعدتهم في حل مشاكلهم.</li> </ul>	هو اتصال بين المدير ومرؤوسيه	من الأعلى إلى الأسفل

1- زياد محمد عبد، مرجع سابق ، ص 173.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- التنسيق بين الزملاء أو بين الوحدات في كيفية أداء العمل المشترك بينهم</li> <li>- تشجيع التعاون بين الزملاء أو بين الوحدات</li> <li>- تعزيز الزملاء أو الوحدات اجتماعيا في المواقف التي يواجهونها</li> <li>- بث ونشر المعلومات التي تهمهم .</li> </ul>	<p>هو اتصال بين الزملاء أو بين الوحدات التنظيمية</p>	<p>الأقرب أو الجانبي</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الاستفهام عما يجب عمله وكيف يتم الأداء.</li> <li>- رفع معلومات عما تم انجازه.</li> <li>- رفع معلومات عن مشاكل العمل ، والمشاكل الشخصية.</li> <li>- رفع معلومات عن الزملاء والوحدات والعلاقة بينها</li> <li>- رفع معلومات عن كيفية العمل بالإجراءات والسياسات.</li> </ul>	<p>وهو الاتصال بين المرؤوس ورئيسهم</p>	<p>من الأسفل إلى الأعلى</p>

المصدر: احمد ماهر، كيف ترفع في مهاراتك الادارية في الاتصال، الدار الجامعية ، مصر، 2004، ص ص 22-23.

## 2- العوامل الخارجية المؤثرة في السلطة التنظيمية : سوف ينصب التحليل هنا على أربعة

متغيرات خارجية تؤثر على مفهوم السلطة التنظيمية و هي المتغيرات السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية والثقافية والعلمية و التكنولوجية.

### 2-1- المتغيرات السياسية : يقصد بالمتغيرات السياسية<sup>1</sup> المناخ السياسي السائد في الدولة و

المنظمات و الهيئات الحاكمة التي تتولى تنظيم العلاقات الداخلية و الخارجية و غالبا ما يؤدي الاستقرار السياسي إلى استقرار في نشاط الأعمال في الدولة و تدفق الاستثمارات الخارجية على الأنشطة الاقتصادية المختلفة ، و تدعم القوى السياسية الصناعات المحلية و تعمل على بناء البنية التحتية و تنمية العلاقات الدولية بما يخدم مصالح المنظمات المحلية ، و تمثل المتغيرات السياسية أحد المتغيرات الحاكمة ، و المؤثرة على السلطة التنظيمية فالقوى السياسية تعمل على خلق المناخ المستقر من خلال الجهود التي تبذلها لسن القوانين و التشريعات المنظمة للأعمال و القوانين التي تحدد فيها العلاقات بين المجموعات والأفراد وكذا تقسيم أو توزيع السلطة فيما بينها، كما يتم فيه تنظيم السلطة انطلاقاً من حق الفرد في التحكم في أسيائه الشخصية والسلطة على مايتبع الملكية العامة المشاعة، وكذلك تنظيم الهيئات السياسية والإدارية التي يتم على أساسها تنظيم وتوجيه المجتمع والتنظيمات التي تتأثر بهذا النظام ، من

1- إن النظام السياسي يتحدد وفقا لما تقرره القواعد الدستورية و من ثم فانه لا يخرج عن كونه الإطار الذي يحتوي السلطات الثلاثة : السلطة التشريعية و السلطة التنفيذية و السلطة القضائية ، و لا يتوقف عند هذه الحدود الثلاثة المعروفة ، بل يعتبر وعاء الاتجاهات السائدة في المجتمع ، و لا يتوقف على النشاط أو النواحي السياسية بل يمتد إلى الأنشطة الاقتصادية و الاجتماعية أو هو الذي يحدد قيم الواجب إتباعها و بالتالي يقوم بفرض هذه القيم على المجتمع عن طريق استخدامه لما هو متاح له من سلطة تلزم بقية أعضاء المجتمع ، و يذكر Easton أن السياسة تصبح فاصلة أو حاسمة عندما يسود الإحساس بأنها ينبغي أن تطاع سواء عن طريق الفعالية أو عن طريق رسميتها فهي تقبل من حيث أنها ملزمة.(إسماعيل علي سعيد ، المجتمع و السياسة دراسات في النظريات و المذاهب و النظم ، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، 9199م، ص ص 138 - 139).



خلال ما يفرضه من قيود ويوفره من فرص أومن خلال اعتبارها نظاماً سياسياً فرعياً يتم فيه تنظيم وتوزيع السلطة دون الانفصال عن النظام السياسي الخارجي، وهذه الأنظمة الفرعية سواء كانت في الوسط الخارجي البعيد أو المباشر فهي تتفاعل بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر مع التنظيم بواسطة مختلف العلاقات والتبادلات فيما بينها وعلى أساس تلك العلاقات والتفاعلات يتحدد النمط السلطوي للتنظيم<sup>1</sup>.

## 2-2- المتغيرات الاقتصادية : المتغيرات الاقتصادية هي الإطار العام المنظم للأنشطة

الاقتصادية للدولة ، و يلاحظ بصفة عامة الارتباط الشديد بين المتغيرات السياسية و الاقتصادية ، فكل نظام سياسي له فلسفة اقتصادية تترتب على أثرها التنظيمات (القطاع العام و الخاص)<sup>2</sup>، و تطبق على ضوءه السلطة في التنظيم وفق منهجها و فلسفتها و مثال ذلك وجه السلطة في النظام الرأسمالي و النظام الاشتراكي كل حسب مبادئه .

- فلسفة النظام الاشتراكي على سبيل المثال حولت ملكية أدوات الإنتاج من النطاق الضيق للملكية الخاصة إلى ملكية عامة لجميع أفراد<sup>3</sup>، في هذا النظام يكون سيطرة الدولة شبه كاملة على كل الأنشطة الإنتاجية والاقتصادية والخدمية، ويتميز هذا النظام بتبني أيديولوجية معينة تتمثل في عدم الاعتراف بقوانين السوق وتأثيرها التلقائي على النشاط الاقتصادي، ومن ثم يحل محلها خطة إنتاجية شاملة، تغطي جميع القطاعات الإنتاجية والاقتصادية، هذه الخطة يتم تجزئتها إلى أن تأخذ صورة عن معدلات الإنتاج التي تلتزم بها كل وحدة إنتاجية وتقييم أعمالها من قبل الأجهزة الحكومية طبقاً لمدى التزامها بالمعدلات العينية المحددة لها ، ويترتب على ذلك أن الوحدات الإنتاجية لا تتمتع بسلطات تذكر في اتخاذ القرارات ، وبالنسبة لدور الحكومة والجهاز الإداري في هذا النظام ، نجد أن الحكومة تتمتع بكل السلطات والمسؤوليات في التسيير الاقتصادي القومي<sup>4</sup>.

- و في الفلسفة الرأسمالية تكون وسائل الإنتاج في حوزة الملاك الرأسماليين يكون الهدف النهائي للإنتاج هو إشباع الحاجات للملاك و يكون تحقيق أكبر ربح ممكن هو الوسيلة أو الهدف<sup>5</sup>، و لا يكون للعمال أي دور سوى استغلالهم، فإذا نظرنا إلى دور الحكومة في مثل هذا النظام نجد أنه محدود للغاية

1- ناصر دادي عدون ، مرجع سابق، ص 82.

2- زايد عادل محمد، العدالة التنظيمية المهمة القادمة لإدارة الموارد البشرية ، ط1، المنظمة لتنمية الإدارة، القاهرة، 2006، ص 113 .

3- نبيل رمزي ، بناء المجتمع و نظمه النظام الاقتصادي التحليل السوسيوولوجي للنسق الإقتصادي ، الجزء الأول ، دار الفكر الجامعي ، مصر ، 2001 م ، ص ص 160- 161 .

4- على الشريف، إدارة المنظمات الحكومية، دار الجامعية، الاسكندرية، 1999، ص ص 194-195.

5- نبيل رمزي ، مرجع سابق ، ص 161 .

فهذا النظام يؤمن بأن التدخل الحكومي في النواحي الاقتصادية والاجتماعية ينبغي أن يكون عند حده الأدنى ولغرض حماية المبادئ التي يقوم عليها النظام وهي مبادئ الحرية الاقتصادية، إذن فإن دور الحكومة هنا يقتصر على تقديم الخدمات العامة الضرورية التي تأخذ شكل المرافق العامة التقليدية أما المرافق غير تقليدية فقد تشارك الحكومة في إقامتها كرأس المال الخاص، بناء عليه فإن هذا النظام يتمتع بشكل تنظيمي حكومي بسيط ، ومن ثم فإن الجهاز الإداري الحكومي يكون محدوداً في أضيق الحدود الممكنة.<sup>1</sup>

منها نستنتج مدى تأثير المتغير الاقتصادي في توزيع السلطة التنظيمية كل حسب توجيهه و مبادئه التي تتحكم فيه النظام الاقتصادي المعمول به فالرأسمالية تطالب بعدم تدخل الدولة في النشاط الاقتصادي الذي ينبغي أن يبقى حراً، أي أن هذه الأفكار تنادي بالفصل بين السلطة السياسية للدولة وبين النشاط الاقتصادي وعلى العكس من ذلك فإن الأيديولوجية الاشتراكية لا تؤيد الفصل بل وتعطي القرارات السياسية وزناً أكبر في التنظيم وتوجه النشاط الاقتصادي .

### 2-3- المتغيرات الاجتماعية والثقافية: تمثل المتغيرات الاجتماعية والثقافية ثالث متغيرات البنية

العامة<sup>2</sup> المؤثرة على نشاط التنظيمات، بحيث تقوم التنظيمات داخل مجتمع كبير له قيم و تقاليد و معايير و أيديولوجيات ، و على العموم يجدر بمجتمع المصنع ألا يخرج أو يجيد عنها<sup>3</sup> ، و يظهر أثر تلك المتغيرات واضحاً على الهيكل والعلاقات في التنظيم باعتباره الإطار الذي يحتضنها ، وقد أشار ( ريجز Riggs) في تحليله للبناء الاجتماعي والثقافي إلى نوعين من التنظيمات الاجتماعية هي:

- **التنظيمات الأولية:** على ضوء ما قاله ( ريجز) فإن المجتمعات التي تصنف تركيبها الاجتماعي بتنظيمات أولية تكون السمة الشائعة فيها غلبة الطابع الشخصي على السلوك الفعلي للمنظمات ، مما يترتب فرض القيود والقواعد الرسمية من قبل الإدارة العليا وذلك كمحاولة للحد من السلوك الشخصي غير موضوعي و لحماية المنظمات من الأنماط السلوكية الغير الموضوعية .

1- على الشريف، مرجع سابق ،ص 191.

2- في ظل المفاهيم التقليدية للدولة ،وعندما كان المجتمع يقع تحت وطأة صفة تقليدية تحكمه باسم العناية الإلهية، كان المجتمع تغلب عليه الصفة الاستاتيكية. فالكل راض بما قسم له، ولكل فئة من فئاته دوراً قديراً تؤديه، اما طموحات الخروج عن هذا الدور ، فكانت عند حدها الأدنى ، وعلى العكس من ذلك تماماً، فإن المجتمع الحديث يعتمد على مشاركة الجماهير التي لا تقبل الشرعية التقليدية للحكام وتحكم عليهم من خلال العديد من القيم التي تأخذ تسميات مختلفة مثل العدل الحرية والمساواة والكفاءة وغيرها. يضاف إلى ذلك أن المجتمع التقليدي كان مرتبطاً بأفاق ثقافية حددتها التقاليد بعكس المجتمع الحديث الذي يعتبر حركياً أو ديناميكياً من الناحية الثقافية ، أو بمعنى آخر، فإن المجتمع الحديث وتوجهاته والعوامل المؤثرة في النظام الاجتماعي ، هذا أصبح له ما يبرره (المرجع نفسه، ص 177)

3- جباره عطية جباره ، الاتجاهات النظرية في علم الاجتماع الصناعي ، دار الوفاء لدينا للطباعة و النشر ، مصر الإسكندرية ، 2001 م

- **التنظيمات الثانوية الرسمية:** أما في ظل المجتمعات التي يغلب على تركيبها التنظيمات الثانوية الرسمية فمن المتوقع أن تحل المعايير الموضوعية محل الطابع الشخصي والمعايير الذاتية، ومن المتصور هنا بطبيعة الحال أن يقل الاهتمام بمعايير التشدد والتفضيل في تطبيق الإجراءات التنظيمية، حيث يحل محلها معايير المرونة والتغيير والقدرة على التكيف مع الظروف البيئية غير مستقرة<sup>1</sup>. وقد تطرق في نفس السياق تعتبر دراسات (Sainsaulieu.R) في فرنسا من الدراسات المهمة فيما يتعلق بمفهوم الثقافات الفرعية، فبالنسبة للباحث فان "المؤسسة عبارة عن نسيج من جماعات فرعية حيث تمتلك كل جماعة طريقة تصور للأشياء خاصة بها ، كما أنه لكل جماعة علاقات عمل داخل المؤسسة خاصة بها و تصور لها للحياة مختلف، و طريقة إدراك خاصة، و كذا ارثها المشترك من الخبرات و التجارب و طريقته الخاصة في تحليلها لتلك التجارب..."<sup>2</sup>. وبالتالي تتضمن العوامل الاجتماعية والثقافية العديد من المتغيرات المؤثرة على السلطة التنظيمية، ويقصد بها مجموعة العوامل المتعلقة بالقيم والعادات والتقاليد وتأثيراتها على السلوكيات الفاعلين داخل التنظيم.

**2-4- المتغيرات التعليمية:** لاشك أن شيوع نسبة عالية من الأمية للعمال يحدد المستويات الوظيفية لهم، وشيوع هذه الظاهرة يفرض استخدام وسائل اتصال غير مكتوبة ، وضيق نطاق الإشراف وهنا يترتب عليه تعدد مستويات السلطة التنفيذية، بحيث يصبح هيكل السلطة طويلاً، وفي مثل هذه المواقف لا بد أن تتمثل معايير نجاح التنظيمات في دقة وكفاءة الأساليب الاتصال، ومدى المركزية في الإشراف والرقابة التفضيلية والمباشرة على الأداء. وعلى النقيض فإن ارتفاع درجات التعليم والثقافة يمكن من استخدام نطاق الإشراف الواسع، الذي يؤدي إلى قلة عدد المستويات الإدارية، فضلاً على عدم الحاجة إلى التدخل التفصيلي والمباشر في مسار الأداء من قبل الإدارة العليا. ومما لاشك فيه توفر هذه الظروف يزيد من تفاصيل العمل والمشكلات اليومية من قبل الإدارة العليا. وأيضاً النظرة المستقبلية التي يتطلبها التخطيط ووضع الأهداف والسياسات لدى الرؤساء والقائمين على إدارة المنظمة، ويستبدل النظرة الجزئية قصيرة الأمد بأخرى طويلة الأجل<sup>3</sup>.

1- على الشريف، مرجع سابق، ص ص 180-182.

2-Thevenet M , Audit de la culture d'entreprise , Les Editions d'organisation, Paris, France, 1986, 1986 p 13.

3- على الشريف، مرجع سابق، ص ص 182-183 .

**2-5- المتغيرات التكنولوجية :** إن التكنولوجيا تحدد نوع الوظائف ومتطلبات العمل من الإجراءات والآلات والأفراد لذلك يمكن الحكم بوجود علاقة بين تصميم الهيكل التنظيمي وطبيعة الأسلوب التكنولوجي السائد في المنظمة<sup>1</sup>، وبهذا ارتبطت السلطة بخصائص هذا العنصر الجديد و إن كان المنصوص ليس حديثاً بل قديماً قدم المجتمع الإنساني و لكن يأخذ شكله و مضمونه في إطار المرحلة التاريخية التي يمكن الحكم عليه من خلالها ، و قد انتهى ماركس إلى تحديد مفهوم التكنولوجيا Technology على أنها: " تشمل جهود الإنسان و أعماله و موقفه إزاء الطبيعة ، كما تفسر الظاهرة التكنولوجية أيضا ظروف الإنسان الاجتماعية و تؤكد على تلك الأفكار و التصورات الصادرة أصلا عن طبيعة تلك الظروف الاجتماعية"<sup>2</sup>، كما تعرف أيضا بأنها: " تطبيق العلم على الفنون الصناعية بمعنى أنها تركز اهتمامها بالدرجة الأولى على الاستخدامات العلمية، والتكنولوجية إما أن تكون متجسدة في وسائل وأدوات مادية إنتاجية أو استهلاكية أو في المعرفة الخاصة بطبيعة تلك الوسائل المادي وكيفية أدائها وصيانتها والمهارات اللازمة لاستخدامها وهو ما يسمى بالتكنولوجية الناعمة"<sup>3</sup>.

بالتالي فالتكنولوجيا تتطلب صنع أدوات جديدة و استحداث أشكال جديدة للعمل بها كما يبدو من التعريفين السابقين أنها مبنية على العلم و الاكتشاف الذي يعمل على تحويل جذري في التكوينات الاجتماعية و السياسية من جهة و الاقتصادية من جهة أخرى بما فيها المصنع . يجمع الخبراء و المتخصصون من علماء الاجتماع و الاقتصاد بأن التطور الصناعي قد اقترن مباشرة بالتطور الذي شهده النظام التكنولوجي الذي أحد تغيرات واضحة في الأبعاد الفنية و التنظيمية و الاجتماعية للنظام الصناعي، ما ترتب على هذا التطور من تغير في العملية الإنتاجية من حيث الأداء و الآلات و الموارد و التقنيات المستخدمة و الأخذ في التطور باستمرار، فالمصنع اليوم يختلف في نظامه عما كان عليه أواخر القرن 18 و هذا بفعل التغيرات التي أدخلتها التكنولوجيا التنظيمية<sup>4</sup>عليه سواء من الناحية الفيزيائية

1- عبد الوهاب سويسي، مرجع سابق، ص 181.

2- جمال أبو شنب ، التكنولوجيا و المجتمع دراسة في تاريخ العلم و تكنولوجيا الهندسية و المجتمع ، دار المعرفة الجامعية ، جامعة حلوان ، ص 143 . 144 .

3- نبيل رمزي، مرجع سابق، ص 134.

4- من وجهة نظر التكنولوجيا التنظيمية يوضح بيفير بان دراسة تراث التكنولوجيا ذات طابع معقد ومركب ومن الواجب علينا معرفة قياس وتقدير التكنولوجيا بأنها عملية تحويل المدخلات إلى مخرجات في التنظيم ، علاوة على ذلك ان تحليل التكنولوجيا يعتمد على طبيعة كل من المدخلات والمخرجات التي تتكون من السلع والخدمات والمعلومات ، وهكذا يمكن تعريف التكنولوجيا كميكانيزمات أو أساليب لاستخدام العمليات التنظيمية ، وعند دراستها يجب التركيز على النقاط التالية:

- ماذا يحدث عندما تتم عملية التحويل

- العلاقات بين الافعال والنتائج

أو من البناء الداخلي لها أو الأنظمة التي تضبطه<sup>1</sup>، إن نقل هذا التطور التكنولوجي<sup>2</sup> و ما صحبه من تغيرات في المنظمة إن دل على شيء فإنما يدل على العلاقة المتبادلة بين التكنولوجيا و المصنع إذ يؤثر كل واحد منها على الآخر و يتأثر به . فكما تؤثر المنظمة في تكنولوجيا من حيث انتشارها و ترسيخها كذلك تأثر التكنولوجيا في المنظمة كمتغير تنظيمي بشكل أو بآخر على علاقات الأفراد بالمنظمة و تحدد طبيعة تنظيم العمل و انتقال المعلومات و ما إلى ذلك<sup>3</sup>، فإذا كانت الآلات اليدوية و الخشبية كالطنبور و الشادوف قد خلقت المجتمع الإقطاعي، فقد خلق ظهور الآلة البخارية نمطا تكنولوجيا جديدا في الإنتاج، و مع انتشار التصنيع و تطوره و ظهور عصر الصناعة الثقيلة حدثت التغيرات الهائلة التي طرأت على البناءات و التنظيمات<sup>4</sup>، فإذا كانت الورشة هي أول نمط صناعي يصاحبه تنظيم بسيط بين المعلم و صبيانه، فلا شك أن الورشة الصناعية هي بمثابة المدارس الصناعية الأولى ، التي تخرج منها صغار العمال وهي النواة الأولى في البناء الصناعي كله، ثم أخذت تختفي و تتلاشى وخاصة بعد ظهور تكنولوجيا الصناعة و تطور الطاقة الإنتاجية ، فانتقل المجتمع من نطاق الورشة الصغيرة إلى المصنع الكبير الذي تميز بظهور الآلة الميكانيكية و ضعف المهارات اليدوية الفنية<sup>5</sup>، و سنتعرض للتحويلات التي طرأت على الآلات و طرق العمل و نظم تشغيل العمال و الإدارة .

**أ- تطوير كفاءة الآلات:** و جهت جهود الباحثين منذ الثورة الصناعية نحو تصميم أنواع جديدة من

الآلات و تطوير الآلات الموجودة بحيث تساعد على :

- زيادة إنتاج الآلة الواحدة في وحدة الزمن .

- 
- طرق استخدام الأفعال أو المهام التنظيمية. (السيد عبد العطي السيد و عبد الله محمد عبد الرحمن، مرجع سابق، ص 275).
- 1- علي غربي نزار ، التكنولوجيا المتوردة و تنمية الثقافة العالمية بالمؤسسة الصناعية ، مخبر علم اجتماع الاتصال للبحث و الترجمة ، جامعة منتوري قسنطينة ، 2002 م ، ص 27 .
- 2- يعرف كابريلس عملية نقل التكنولوجيا على أنها "تتضمن عملية نقل المعرفة " كما يضيف إلى ذلك أن عملية نقل المعرفة تحدث من أجل تحقيق الأنشطة و ملائمة التكنولوجيا المستخدمة لها و للبيئة و لاسيما استخدام المواد الخام المحلية. على أية حال إن عملية نقل التكنولوجيا لم تعبر عن حركة التكنولوجيا كأداة أو وسيلة للمعرفة فقط ، ولكنها أيضا عملية نمو مستمر لتحديث نمط هذه المعرفة، و تنمية الدوافع اللازمة و الضرورية لخلق و تنمية التكنولوجيا بصورة دائمة (السيد عبد العاطي السيد و عبد الله محمد عبد الرحمن، مرجع سابق، ص 286).
- 3- عبد الوهاب سويسبي، مرجع سابق، ص 182.
- 4- قباري محمد إسماعيل، المدخل إلى علم الاجتماع المعاصر مشكلات التنظيم و الإدارة و العلوم السلوكية، الناشر منشأة المعارف، مصر، 1988، ص 129.
- 5- المرجع نفسه، ص 141.

- تخفيض تكاليف الإنتاج عن طريق تخفيض الأجور التي تدفع للعاملين عليها، وتخفيض تكاليف المواد الخام المستخدمة بتخفيض نسبة التالف أثناء التشغيل، وتخفيض تكاليف الوقود بتصميم آلات تتعطل أقل ويسهل إصلاحها وتعسر في الاستعمال لفترة أطول

- إعطاء منتج بمواصفات أفضل وبالتالي أكثر جودة ويحتاج إلى جهد أقل في بيعه وبالتالي يساهم في ضمان تحقيق الإيراد المطلوب.

- ب- **تطور طرق التصنيع:** وثاني التحولات الأساسية في الصناعة يتمثل في تطوير طريقة التصنيع من تبسيط السلع وأجزائها لتبسيط العمل فجزئت العملية الإنتاجية اللازمة لإنتاج القطعة أو السلعة، وحدد للعامل الواحد جزء واحد منها يتخصص في تنفيذه، وقد سمي هذا الاتجاه (التخصص وتقسيم العمل)، وقد استهدفت التحولات نحو استخدام الآلات بعد تطويرها لمعاونته العمال وكذلك تبسيط السلع ومكوناتها والعمل المطلوب من العامل استهدفت هذه تمكين المصنع من الإنتاج بكميات أكبر خلال الساعات المقررة للعمل وذلك من خلال العامل، فتطوير الآلات من يدوية إلى آلات تعمل بالطاقة البخارية أو الكهربائية أعطاهم مقدرة على إنتاج كميات أكبر وتبسيط التصميم المعد للسلعة جعل مدة إنتاج الوحدة أقل وبالتالي الكمية الممكن إنتاجها خلال ساعات للتشغيل كمية أكبر.

- ج- **تطوير أسلوب العامل في تنفيذ عمله ووضع معدلات للأداء:** اتجهت الجهود في مطلع القرن العشرين إلى تطوير كفاءة العامل حتى يساهم مع الآلات وطرق الإنتاج المتطورة في زيادة الإنتاج، فقد أصبح واضحاً أن العامل يتحكم بجهد في حجم الناتج حتى بعد أن تم استبدال الآلات والطرق بأخرى متطورة. وقد استهدفت هذه الجهود في البداية مكان العمل على أساس أن ترتيب المكان المخصص للعامل يجعل الحصول على الأدوات المساعدة له والمواد التي سيستخدمها أمراً سهلاً وبالتالي يقلل من الوقت الذي يستنفذه العامل في البحث عن الأدوات والمواد، ويبدو هذا أمراً منطقياً للغاية إذ أن المكان المرتب والذي يجد فيه الفرد احتياجاته مصنفة وموضوعة في أماكن يسهل الوصول إليها يساعد على إنجاز العمل المطلوب في أقل مدة ممكنة.

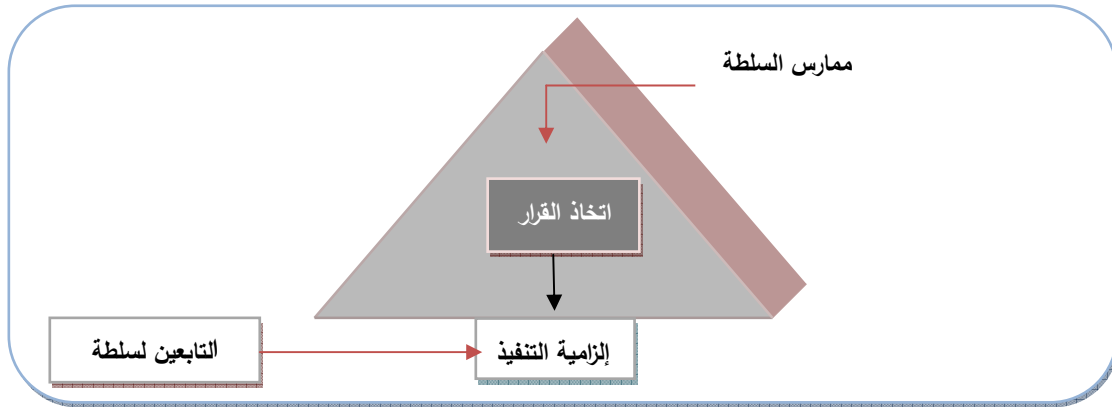
- د- **تطور نظم الإدارة:** ولم يقتصر جهد الباحثون على الوصول إلى أساليب يمكن استخدامها في دراسة أماكن العمل بقصد تطويرها، بل امتد إلى دراسة الأسلوب الذي يتبعه العامل في تنفيذ عمله لتحسينه وتدريب العامل على أسلوب أفضل يضمن إعطاء إنتاج أكبر بنفس الجهد وسميت هذه الدراسات بدراسات العمل التي شهدت تطوراً وذلك من خلال تجارب رجال الإدارة، إذ أمكن تطوير أنظمة العمل

لتحقيق إنتاج أكبر وتكلفة أقل، ولذلك أصبح في المصنع الآن مجموعات متكاملة من أنظمة الحسابات، التكاليف، المخازن، التخطيط والرقابة على الإنتاج وحفظ المستندات.<sup>1</sup>

### III. علاقات العلاقة السلطوية داخل المؤسسة:

تعد السلطة نوعاً من جوهر أو ماهية أو بتعبير أفضل رأسمال ومن هنا يأتي التعبير الشائع "امتلاك السلطة"<sup>2</sup>، وبالتالي فالسلطة نقطة إحالة قسرية في فهم ما يحرك الناس وكيف يقفون من بعضهم وما الذي يسيطرون عليه وما الذي يسيطر عليهم<sup>3</sup>، ولقد عرف هنري فايول السلطة بأنها: "هي الحق الذي يمنح لأحد الأشخاص في أن يلزم شخصاً أو أكثر بأداء أعمال معينة يطلبها منه أو تحدد له من أجل تحقيق الأهداف"<sup>4</sup>، أي أنها علاقة بين شخصين (انظر الشكل رقم (23)) أحدهما أعلى من الآخر فالأعلى يصنع القرار مع توقع طاعة الثاني له بل إن الثاني يتوقع بطبيعته صنع وصدور قرار من الأول ويتيحاً لتنفيذه، وهكذا إذن فممارسة السلطة في التنظيم هي عبارة عن علاقة تتضمن نموذجاً وظيفياً بين اثنين أو أكثر من الفاعلين، فمن ناحية هناك الشخص الذي يحدد اقتراحات للتصرفات المطلوبة من الآخرين ومن ناحية أخرى هناك فرد آخر أو مجموعة من الأفراد الذين يطيعون تلك الاقتراحات

شكل رقم (15) يبين النموذج الوظيفي لطرفي النسق السلطوي في المؤسسة:



المصدر: من إعداد الباحثة .

- 1- عاطف محمد عبيد و حمدي فؤاد علي، التنظيم الصناعي وإدارة الإنتاج، دار النهضة العربية، بيروت، 1984، ص ص 38-40.
- 2- فليب برو، تر: محمد عرب صاصيلا، علم الاجتماع السياسي، ط2، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 2006، ص 23.
- 3- طوني بينيت-لورانس غروسبرغ وآخرون، مفاتيح اصطلاحية جديدة معجم مصطلحات الثقافة والمجتمع، تر: سعيد الغانمي، ط1، المنظمة العربية لترجمة، بيروت، 1010، ص 385.
- 4- نعيم الطاهر الظاهر، أساسيات الإدارة المبادئ والتطبيقات الحديثة، ط1، جدار للكتاب العالمي للنشر وتوزيع، عمان، 2009، ص 160.

1- طرفي النسق السلطوي في التنظيم: سنتطرق هنا إلى النمط السلطوي<sup>1</sup> بين طرفي هذه المعادلة ممارس السلطة والتابعين، على اعتبار أن ممارسة السلطة في التنظيم هي عبارة عن علاقة تتضمن نموذجا وظيفيا بين اثنين أو أكثر من الأفراد.

### 1-1- الطرف الأول ( ممارس السلطة):

أ-تعريف ممارس السلطة:إن كل عالم أطلق على ممارس السلطة بمصطلح معين ومن أهم هذه المصطلحات : المدير، القائد، المسئول و المخطط والمنظم و المراقب التنظيمي وفي هذه الدراسة سوف نستعلم مصطلح ممارس السلطة، وسنعرض فيما يلي مجموعة من التعاريف:

- القائد هو: "ذلك الشخص الذي يوجه ويرشد أو يهدي الآخرين ( الأتباع) الذين يقبلون هذا التوجيه والإرشاد بهدف تحقيق أغراض معينة".

- يقول ( مونتغمري) بأن القائد هو: " الرجل العالم بفن القيادة والذي يجعل الناس يتبعونه ويطيعونه".

- يقول فايول أن معنى المدير هو: "الشخص الذي يتتبا ويخطط وينظم ويصدر الأوامر وينسق ويراقب".<sup>2</sup>

- يرى Kohan أن المديرين: "هم الأفراد الذين يمكنهم مضاعفة إسهامات وجهة الآخرين والتأثير عليهم بالمنظمة، فهم قادة والقيادة تتطلب مهارات خاصة، و القيادة هي نوع من القدرات أو المهارات في التأثير على المرؤوسين بحيث يرغبون في أداء وانجاز ما يحدده القائد".

- يرى Redin أن المدير هو: " الشخص الذي يشغل مركزا أو وظيفة معينة في المنظمة ويكون مسئولا عن عمل فرد أو أكثر ، كما أنه يمارس سلطة على هذا الفرد ( المرؤوس)".

- أما ستونر فيرى أن المدير هو: " شخص مسئول عن المرؤوسين والمواد الأخرى في المنظمة ويصف المدير بأنه المخطط والمنظم والقائد المراقب التنظيمي.<sup>3</sup>

1- إن النمط السلطوي القيادي عملية هامة جدا لدى كل مؤسسة لأنها تقوم بدور كبير في بناء وتكوين الجماعات داخل العمل وتأمين البيئة المناسبة ، كما تتولى رسم السياسات والاستراتيجيات وتسعى لتحقيق الأهداف من خلال نشاطاتها المتعددة ، وبالتالي فإن الحاجة إلى القائد تعد ضرورة من الضرورات القصوى لكل عمل ناجح لان القائد يقوم بالتفاعل مع الآخرين ، ويعمل معهم لبلوغ أهداف العمل والحفاظ على تماسك أفرادهم واندفاعهم وحماسهم وهي وظيفة نفسية واجتماعية وفكرية لا بد منها للحفاظ على المؤسسة داخل المجتمع والبيئة المحيطة بها(تعيم الطاهر الظاهر، مرجع سابق2009، ص 160).

2- لينا محمد زكريا، مرجع سابق، ص 204.

3- عبد الغفار حنفي، مرجع سابق، ص 514.



من خلال ما سبق نلاحظ أن كل عالم أطلق على ممارس السلطة بمصطلح معين كما أشرنا سابقاً وفي هذه الدراسة سوف نستعمل مصطلح ممارس السلطة على اعتبار أنه شخص يشغل مركزاً وظيفياً يعطيه الحق في إمرة الآخرين وممارسة الوظائف الإدارية المتعارف عليها اتخاذ القرارات، والتخطيط والتنظيم ، التوجيه والرقابة، أي يمارس عليهم السلطة من خلال توجيههم نحو انجاز هدف محدد .

ب- تصنيف ممارسي السلطة: ممارسو السلطة<sup>1</sup> بصفة عامة يمكن تصنيفهم على الأساس الوظيفي التنظيمي ( انظر الجدول رقم 4) وعلى أساس استخدام النسق السلطوي ( انظر الجدول رقم 5).

جدول رقم(4) يبين تصنيف ممارسي السلطة على الأساس الوظيفي التنظيمي في المؤسسة:

النوع	الخاصية البنائية للوظيفة	ممارس السلطة
مديرو الإدارة العليا	ممارسو السلطة هنا مسئولون عن إدارة المنظمة ككل من حيث رسم الخطط والسياسات العامة ووضع الاستراتيجيات ومجالات الأنشطة الجديدة واتخاذ القرارات الإستراتيجية	رئيس مجلس الإدارة، رؤساء القطاعات (رئيس القطاع المالي أو الإداري، التجاري
مديرو الإدارة الوسطى	ممارسو السلطة هنا مسئولون عن توجيه الأنشطة الوظيفية للمنظمة كالإنتاج والتسويق والتمويل وتنفيذ الخطط والسياسات والبرامج...الخ التي تضعها الإدارة العليا، كما أنهم المسئولون عن تنفيذ السياسات العامة التشغيلية للمنظمة	مديرو الإدارات الفرعية، ورؤساء الأقسام في المنظمات
المشرفون	ممارسو السلطة هنا مسئولون عن توجيه العمال مباشرة	المديرون في المستويات الإشرافية - رؤساء الوحدات الصغيرة (التمطية)، رؤساء الأقسام في المنظمات الكبيرة أو المتوسطة الحجم، مشرفو الإنتاج

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على (لينا محمد زكريا، مرجع سابق، ص 216-219).

جدول رقم(5) يبين تصنيف ممارسي السلطة على أساس استخدام النسق السلطوي :

النوع	نمط السلوك الوظيفي
القائد الأوتوقراطي:	هو القائد الذي يؤثر في سلوك مرؤوسيه من خلال القوة التي يعطيها له موقعة ومركزه الوظيفي عن طريق التلويح بالعقوبة والمكافأة أحيانا، وهو الذي يصنع القرارات ويبلغ مرؤوسيه بها وما عليهم سوى التطبيق والتنفيذ

1- سبق أن وضحنا بان ممارسة السلطة هي الفن الذي نستطيع من خلاله التأثير في الآخرين من اجل تحقيق الأهداف المرسومة بطريقة نحصل معها على ثقة واحترام وطاعة وتعاون التابعين، ولكن هذا الفن له طرقه وأساليبه وأنماطه في الممارسة، وقد اختلفت النظريات والدراسات التي كانت تهدف إلى بيان أنماط ممارس السلطة وأساليبيها ولكنها في الغالب توصلت إلى عدد من الأنماط اعتمادا على الأسلوب الذي تمارس من خلاله السلطة، ولكن يجب الانتباه إلى انه يمكن أن يمارس مالك السلطة أكثر من نوع في ذات الوقت، ولكنه يميل إلى نمط يكون هو السمة الغالبة على طريقته في التعاطي مع هذا الفن يصنف على أساسه (لينا محمد زكريا، مرجع سابق، ص 214-)، في الواقع الأمر يصعب الحديث عن قائد يعكس سلوكه نمطا محددًا في كل المواقف وفي جميع الظروف. فالموقف أحيانا تضطر قيادة ما الابتعاد عن نمطها الاعتيادي لتعالج إحدى المشكلات بسلوك يعكس نمطا بمثابة النقيض. ولكن هذا السلوك يكون في هذه الحالة خروجًا على المؤلف، إدارة أزمات، وليس نهجا عاما (سامي سلطي عريفج، مرجع سابق، ص 105)

<p>هو ذلك القائد الذي يشاور ويشرك مرؤوسيه في عملية صنع القرارات ورسم الأهداف وتنفيذ الأعمال ويتشارك معهم في أداء العمل.</p>	<p>القائد الديمقراطي:</p>
<p>وهو الذي يستخدم جزاء بسيطاً من سلطته ويمنح المرؤوسين الاستقلالية التامة في صنع القرارات وتحديد طرق تنفيذها ويترك لهم حرية ممارسة النشاطات والأعمال دون أن يتابع أو يراقب فعالية وكفاءة العمال من حيث (مرتكزات السلوك، الاهتمام بالعمل، الاهتمام بالعمالين، درجة الفعالية)</p>	<p>القائد المتسبب:</p>
<p>_ غير مهتم بالعمل والعلاقات الإنسانية _ غير فعال وتأثيره سلبي على روح المنظمة _ يعد من اكبر المعوقات دون تقدم العمل والعمالين.</p>	<p>القائد الانسحابي:</p>
<p>_ يضع العلاقات الإنسانية فوق كل اعتبار _ تغيب عنه الفاعلية نتيجة لرغبته في كسب ود الآخرين.</p>	<p>القائد المجامل:</p>
<p>_ يضع اهتمامه بالعمل فوق كل اعتبار _ ضعيف الفاعلية بسبب إهماله الواضح للعلاقات الإنسانية _ يعمل معه تحت الضغط فقط.</p>	<p>القائد الإنتاجي:</p>
<p>_ يعرف مزايا الاهتمام بالجانبين لكنه غير قادر على اتخاذ قرار سليم _ الحلول الوسط هي أسلوبه الدائم في العمل، فقد يطلب زكاماً لكنه يحدث جذاماً. _ تركيزه موجه على الضغوط الآتية التي يواجهها، أي سياسة إطفاء الحريق أو سيارة الإسعاف، ولا يضع أي اعتبار للمستقبل.</p>	<p>القائد الواسطي (الموفق):</p>
<p>_ لا يهتم بالعمل و لا بالعلاقات مع الأفراد _ يتبع حرفياً التعليمات والقواعد واللوائح _ تأثيره محدود جداً على الروح المعنوية للعمالين _ يظهر درجة عالية من الفاعلية نتيجة أتباعه التعليمات</p>	<p>القائد الروتيني (البيروقراطي)</p>
<p>_ يثق في الأفراد ويعمل على تنمية مهاراتهم، ويهيئ مناخ العمل المؤدي لتحقيق أعلى درجات الإشباع لدوافع العمالين _ فاعليته مرتفعة نتيجة لزيادة ارتباط الأفراد به والعمل _ ناجح في تحقيق مستوى من الإنتاج لكن اهتمامه بالعمالين يؤثر على تحقيق بعض الأهداف</p>	<p>القائد التطوعي (المنمي):</p>
<p>_ يعمل على كسب طاعة وولاء مرؤوسيه يخلق مناخ يساعد على ذلك. _ تركز فاعليته في قدرته على دفع العمالين لأداء ما يرغب دون مقاومة.</p>	<p>القائد الأوتوقراطي العادل:</p>

<p>_ يوجه جميع الطاقات تجاه العمل المطلوب على المدى القصير والبعيد .</p> <p>_ يحدد مستويات طموحات للأداء والإنتاج</p> <p>_ يحقق أهداف عالية</p> <p>_ يتفهم التنوع والتفاوت في القدرات الفردية ويتعامل معها على هذا الأساس .</p> <p>_ تظهر فاعليته من خلال اهتمامه بالعمل والعاملين .</p>	<p>القائد الإداري المتكامل:</p>
--	-------------------------------------

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على (لينا محمد زكريا، مرجع سابق، ص 219-221).

يجب الإشارة إلى انه ليس هناك نمط سلوكي وظيفي واحد (ديكتاتوري، أو ديمقراطي.... الخ) في ممارسة النسق السلطوي تصلح لكل زمان ومكان.

**ج- صفات مالك السلطة وتأثيره على التابعين :** تتطلب ممارسة السلطة القدرة على التأثير في سلوك الآخرين، إذ أن هذه القدرة التأثيرية تتطلب ضرورة توافر مهارات معينة تساعد ممارس السلطة في التأثير والاستمرار في توجيه سلوك الآخرين وسنتطرق هنا إلى أهم الصفات والمهارات الواجب توفرها في ممارس السلطة و عملية التأثير التي يمارسها ممارس السلطة على تابعيه

**1- صفات مالك السلطة:** لقد اتفقت الدراسات والأبحاث التي كتبت بهذا المجال على أن المهارات

الواجب توافرها في مالك السلطة يمكن حصرها فيما يلي<sup>1</sup>:

- **المهارات الفنية<sup>2</sup>:** وهي مقدار ما يتمتع به مالك السلطة و الإدارة العليا في التنظيمات من إلمام وفهم لجوانب العمل الإداري وكل ما يتعلق بالأنظمة والقوانين والإجراءات واللوائح وإضافة إلى ضرورة الإلمام بكل تفاصيل العمل الذي يقوم به المرؤوس<sup>3</sup>، ويمكن الحصول على هذه المهارة بالدراسة والخبرة والتدريب، والمهارات الفنية تتعلق بالأساليب والطرائق التي يستخدمها المدير في ممارسته لعمله ومعالجته للمواقف التي يصادفها، وتتطلب المهارات الفنية توافر قدر ضروري من المعلومات والأصول العلمية والفنية التي يتطلبها نجاح العمل الإداري، وهكذا ترتبط المهارات الفنية التي يتطلبها نجاح العمل الإداري بالجانب العملي في الإدارة، وما تستند إليه حقائق ومفاهيم وأصول عملية<sup>4</sup>.

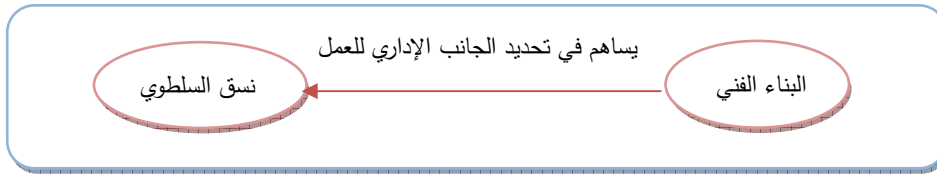
1- موسى اللوزي، التنمية الادارية المفاهيم ، الاسس، التطبيقات، حامد وائل لنشر والتوزيع، 2000، عمان، ص95.

2- هي المعرفة المتخصصة في فرع من فروع العمل والكفاءة في استخدام هذه المعرفة أفضل استخدام بشكل يحقق الهدف بفاعلية. (انس شكشك، علم النفس الإداري - نظريات الإدارة-، ط1، دار النهج، حلب، 2009، ص14).

3- الدكتور موسى اللوزي، مرجع سابق، ص ص17\_19.

4- انس شكشك، مرجع سابق، ص ص14

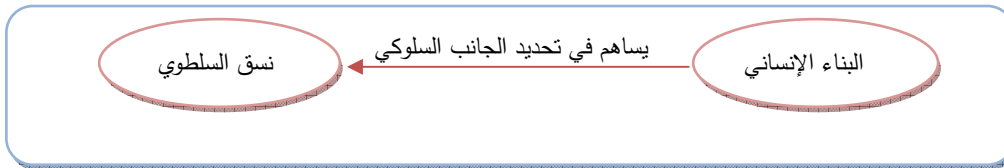
الشكل رقم (16) يبين علاقة البناء الفني لممارس السلطة بالنسق السلطوي:



المصدر: من إعداد الباحثة.

- **المهارات الإنسانية** : تعني قدرة ممارس السلطة على تعامل مع العاملين ، وتنسيق جهودهم وخلق روح العمل الجماعي بينهم وهذا يتطلب جهود الفهم المتبادل بينه وبينهم ومعرفة آرائهم وميولهم واتجاهاتهم ، وهذه المهارات تعكس قدرة المدير على تعامل مع الأفراد وهي أكثر صعوبة من المهارات الفنية التي تعكس رغبة القائد في التعامل مع الأشياء ، لان ما يدخل في مجال العلاقات الإنسانية هو أكثر تعقيدا وتغيرا وتنوعا من المجالات الفنية وان التعامل مع الأفراد أكثر صعوبة في التعامل<sup>1</sup> ، لأنها تتطلب ضرورة الإلمام بالجوانب السلوكية للأفراد العاملين ومحاولة فهم هذا السلوك وتفسيره وتوجيهه وتقديم الحلول المرضية<sup>2</sup>.

الشكل رقم (17) يوضح علاقة البناء الإنساني لممارس السلطة بالنسق السلطوي:



المصدر: من إعداد الباحثة

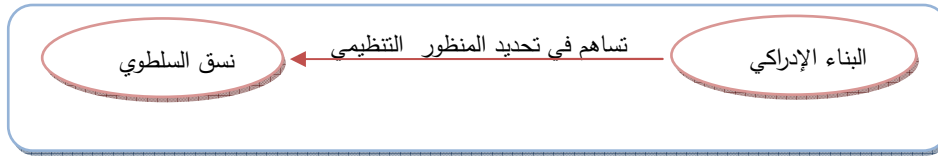
- **المهارات الإدراكية**: وتعني قدرة المدير على رؤية التنظيم الذي يقوده ، وفهمه للترابط بين أجزائه ونشاطاته وأثر التغييرات التي قد تحدث في أي جزء منه على بقية أجزائه وقدرته على تصور وفهم علاقات الموظف بالمؤسسة وعلاقات المؤسسة ككل بالمجتمع الذي يعمل فيه وهذه المهارات في المستويات العليا تصبح أكثر أهمية ، كما تبدو أهميتها من خلال كون القائد يعتمد عليها في استخدام مهاراته الإنسانية، كما تبدو أهميتها من حيث أن توافرها لدى القائد يطبع تصرفات العاملين بطابع الإبداع كما أنها تخلق منهم مجموعة متعاونة<sup>3</sup>.

1- المرجع نفسه، ص ص 13.

2- موسى اللوزي، المرجع السابق، ص 18.

3- انس شكشك، المرجع السابق ، ص 14.

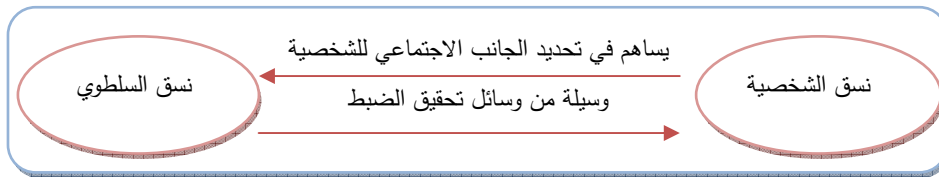
الشكل رقم (18) يوضح علاقة البناء الإدراكي لممارس السلطة بالنسق السلطوي:



المصدر: من إعداد الباحثة.

- المهارات الذاتية ( الشخصية): بعيدا عن الرؤية العامة التي تنتظر لصفات الشخصية على أساس أنها صفات وجدانية مكتسبة أو موروثية، ثمنت الدراسة الرؤية والمنحنى السوسيوتنظيمي في إطار التركيز على الجانب الاجتماعي للشخصية الذي لا يشير إلى سمات فيزيقية، بل يقنن أيضا أهمية العادات والاتجاهات والقيم وأنماط التفاعل مع الآخرين ، وهذا ما يحدد أهمية محك الشخصية كمنحنى كامن وراء ممارسة النمط السلطوي التنظيمي<sup>1</sup>، إذ تعد شخصية مالك السلطة عنصراً هاماً في ممارسته لنسق السلطوي لأن صفاته وخصائصه الشخصية لها أثر كبير في تحديد اتجاهات واستجابات العاملين<sup>2</sup>

الشكل رقم (19) يبين علاقة نسق الشخصية بالنسق السلطوي:



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على (بلوم اسمهان، المرجع السابق، ص 44).

2-عملية التأثير التي يمارسها ممارس السلطة على تابعيه:تقوم عملية التأثير على ما يستخدمه ممارس السلطة من وسائل لإقناع تابعيه واستمالتهم وحثهم على التعاون لتحقيق الأهداف المطلوبة وبقدر ماتكون درجة تأثير ممارس السلطة فعالة في سلوك تابعيه وتصرفاتهم في ممارستهم لأنشطتهم ،وتتعدد الوسائل التي يستخدمها ممارس السلطة للتأثير في تابعيه تبعاً لتعدد الأسس التي تقوم عليها قوة التأثير و التي هي أصلاً قوة نفسية واجتماعية تستهدف سلوك الأفراد ومن أهم هذه الوسائل ما يلي:

-قوة التأثير القائمة على الأمانة : حيث تعتبر المكافأة عاملاً هاماً في تحفيز التابعين على العمل بنشاط.....فيستطيع ممارس السلطة عن طريق منح تابعيه مكافأة تقديراً لأدائهم الجيد أن يشبع

1- بلوم اسمهان ، نسق السلطة التنظيمية وعلاقته بالوظائف التنفيذية لنسق تسيير الموارد البشرية ،دراسة مقارنة لمؤسستين عامة وخاصة،دراسة مقارنة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم الاجتماع تنظيم وعمل، باننة،2011-2012، ص 44.

2- انس شكشك، مرجع سابق،ص 12.

حاجاتهم المادية ويؤثر في ميولهم واتجاهاتهم بالشكل الذي يساعده على تحقيق الهدف الوظيفي في التنظيم الذي يقوده .

- قوة التأثير القائمة على الإكراه: وهذه الوسيلة تقوم على استخدام ممارس السلطة لسلطته لدفع تابعيه إلى العمل عن طريق استثارة الخوف والتهديد وتوقيع الجزاء.

- قوة التأثير القائمة على أسس مرجعية: وهذه الوسيلة تعني أن يتخذ المدير من تفهمه لخلفيات تابعيه وثقافتهم وشخصياتهم وتفهمه لوجه نظرهم مرجعا أو مدخلا للتأثير فيهم.

- قوة التأثير القائمة على خبرة ممارس السلطة: فتزداد قدرة ممارس السلطة على التأثير في تابعيه كلما كانت شخصيته تتسم بالمرونة وكان على دراية كبيرة بالنواحي الخاصة بالنشاط الذي يعمل فيه.

- قوة التأثير القائمة على الشرعية والرشد: وذلك بان يحاول ممارس السلطة في إطار من المشروعية تغيير اتجاهات تابعيه وميولهم وتقاليدهم من خلال ترشيده لسلوكهم.<sup>1</sup>

### 1-2- الطرف الثاني ( التابعين للسلطة):

أ- تعريف التابعين للسلطة: من خلال التعاريف السابقة لممارس السلطة نستنتج أن الأتباع هم أفراد وجماعات يرشدون ويهتدون من طرف ممارس السلطة لتحقيق أهداف محددة مع إلزامية قبول التوجيه والإرشاد ، يعتبر التابع- المرؤوس- جزءا هاما من البناء النسقي التنظيمي، الذي يرنو في حدود أبعاده و منطلقاته الوظيفية تحقيق كفاءة أنساق السلطة ونتمين فعاليتها، في ضوء تأكيد الجانب العلائقي بين مختلف الأطراف ،كآلية وكميكانيزم ناجح يعمل على إرساء القواعد و ترسيم تلك الحدود التي تركز أحد الأعمدة الأساسية لبناء السلطة<sup>2</sup>.

ب- محددات سلوك التابعين في المنظمة: إن سلوك التابعين بالمنظمات يتميز بالتعقيد، حيث تشترك مجموعة من العوامل في تشكيله، ويمكن تقسيم هذه العوامل كما في الشكل الموالي

1- صلاح الدين محمد عبد الباقي، السلوك التنظيمي الفعال في المنظمات،الدار الجامعية، الاسكندرية،2004،ص ص 172-173 .

2- بلوم اسمهان، مرجع سابق، ص 53.

شكل رقم(20) يبين عوامل تشكيل سلوك التابعين في المؤسسة:

- 1- مجموعة العوامل الشخصية ← سماتها البنائية ← التكوين النفسي و الاجتماعي للتابع.
  - 2- مجموعة العوامل الجماعية ← سماتها البنائية ← طبيعة الجماعات التي ينتمي إليها التابع .
  - 3- مجموعة العوامل التنظيمية ← سماتها البنائية ← تفاعل الأنظمة السلوكية على مستوى المنظمة .
  - 4- مجموعة العوامل الحضارية ← سماتها البنائية ← العوامل الثقافية والحضارية في المجتمع
- المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على(صلاح الدين محمد عبد الباقي، مرجع سابق ، ص 55)

2-العلاقة بين ممارس السلطة و تابعيه: ترتبط العلاقة بين ممارس السلطة وتابعيه بمدى تقبل

التابعين وارتياحهم للشخص الممارس لسلطة ، ومدى تقديرهم وولائهم لسلطته<sup>1</sup>، و تتوقف فعالية النسق السلطوي على نمط وشكل العلاقة الشخصية بين ممارس السلطة وتابعيه ، فمثل هذا النوع من العلاقة إنما هو انعكاس لمدى ثقة التابعين في ممارس السلطة ودرجة إخلاصهم له وأيضا تعبر عن وجهة نظر ممارس السلطة تجاه تابعين له ،فإذا كانت العلاقة تفاعلية قائمة بين ممارس السلطة وتابعيه فهذا مؤشر على كفاءة وفاعلية نسق السلطوي المتبع أما إذا حدث العكس فالاحتمال هو تناقض فاعلية النسق السلطوي، وفي خضم هذا الطرح يسوقنا التحليل إلى تغطية أهم مؤشرات هذا البعد والتي استدرجتها المعطيات البحثية في الأنماط السلوكية للفاعلين"الأتباع" مع ممارسي السلطة والأنماط السلوكية لممارسي السلطة والفاعلين.

أ-الأنماط السلوكية للتابعين مع ممارسي السلطة :من أهم الأنماط السلوكية الناتجة إثر العلاقة

الوظيفية بين التابعين وممارس السلطة ما يلي:

- الطاعة : الطاعة تعني الالتزام بالأوامر المقدمة من شخص ذو مكانة عالية في الجماعة إلى

شخص آخر ذو مكانة منخفضة ، وتحدث الطاعة في التنظيم لممارس السلطة لأسباب عديدة أهمها:

- الطاعة لممارس السلطة كنوع من الاستحسان.
- الطاعة لممارس السلطة تجنباً للعقاب والمسائلة.
- الطاعة لممارس السلطة لتحسين من المكانة في المستقبل من خلال الحراك التنظيمي أو احتمالية الترقية في الوظيفة .

- المسايرة: ينطوي كل تنظيم عدد من المعايير التنظيمية التي يتوقع من التابعين الالتزام بها

حيث تحدث المسايرة عادة عندما يدرك التابع وجود تناقض ما بين سلوكا ته( اتجاهات - معتقدات - آراء -

قرارات) وأهداف المنظمة وبالتالي يتحرك نحو أهداف المنظمة كنوع من الالتزام بمعايير نسق السلطوي

1- صلاح الدين محمد عبد الباقي، مرجع سابق، ص 287.

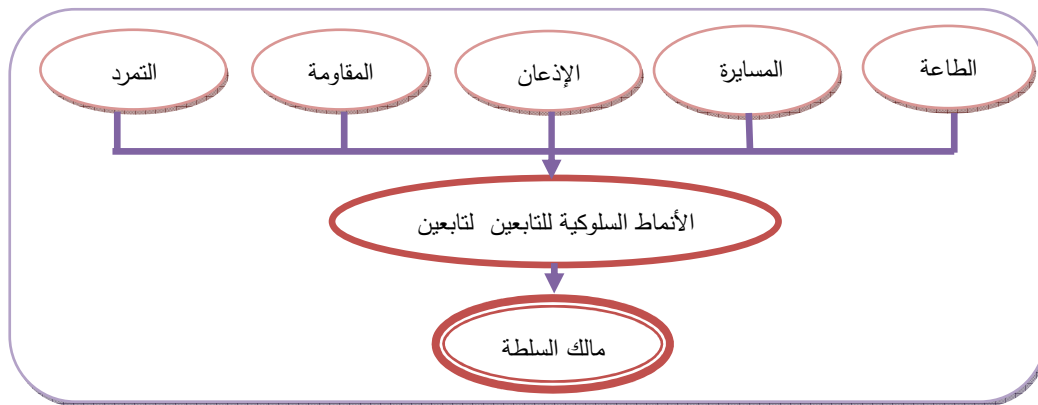
للمنظمة وكطريقة في الاستجابة للضغوط التنظيمية الناتجة عن عدم الالتزام بمعايير المنظمة ، وبذلك فان المسايرة هنا تعني التحرك والتقرب من موقف ممارس السلطة من حيث قراراته وأنشطته واتجاهاته المختلفة حتى لا يظهر سلوك التابعين مخالفا لسلوك ممارس السلطة وسلوك المنظمة.

- **الإذعان:** يشير الإذعان للاستجابة إلى طلبات وقرارات ممارس السلطة من باب المصلحة والمنفعة المتبادلة بينه و بين تابعين له<sup>1</sup>، وبالتالي يحصل ممارس السلطة على الإذعان أو الالتحام النشط للأفراد التابعين له<sup>2</sup>.

- **المقاومة:** إن المقترحات أو الأوامر التي تتعارض مع الأفكار أو المبادئ الرئيسية للتابع، أو تهدد مصلحته الشخصية ، سوف تواجه بمقاومة من ذلك التابع وبالتالي يصبح من الأمور العسيرة الحصول على موافقة التابعين على تنفيذ تلك الأوامر.

- **التمرد:** إذا حاولنا أن نحمل السلطة خارج نطاق نقطة يمكن أن نسميها منطقة موافقة المرؤوس فإننا سنواجه التمرد وعدم الطاعة من الآخرين ، وهذا التمرد يأخذ عدة أشكال منها تناسي إطاعة الأمر و محاولة إعاقة التنفيذ ورفض الطاعة، أو حتى الاستقالة بدلا من تنفيذ الأمر<sup>3</sup>.

**شكل رقم (21) يبين الأنماط السلوكية للتابعين مع ممارسي السلطة في المؤسسة:**



المصدر: من إعداد الباحثة.

إن عدم فهم المرؤوس لما هو مطلوب منه وتعارض الأمر مع مصلحة المرؤوس ومبادئه وافتقاده القدرة الذهنية أو الموارد اللازمة، تعتبر كلها من العوامل التي تحد من قبول التابعين للسلطة، إن الكثير من المشاكل البيروقراطية في التنظيم إنما تعود إلى أنها خارجة عن حدود السلطة، ومعنى خارج حدود

1- عدنان يوسف العتوم، علم النفس الجماعية نماذج وتطبيقات علمية، ط1، إثراء للنشر والتوزيع،الأردن ، 2008، ص ص148-152.  
2 - Archier G.G Serieyx H : Pilotes du troisieme type, Seuil, 1986, P 123.

3- امين الساعاتي، مرجع سابق، مرجع سابق ص 146.



السلطة يعني رفض تنفيذها أو الاستجابة لها وبالتالي تتحول العلاقة بين مالك السلطة والتابع إلى نوع من أنواع الخلاف المستمر الذي ربما يؤدي إلى ضعف عنصر الاتصال الجيد بينهما.<sup>1</sup>

**ب- الأنماط السلوكية لممارسي السلطة مع الأتباع:** تقنن الأنساق الثقافية بكل ماتحويه من بني رمزية، مصدرًا للشرعية ومحددًا فعالًا للتوجيه السلوكي ، والتأثير في سلوك الآخر وهذا ما كرسته الكثير من التحليلات التنظيمية و المجهودات الفكرية بكل أبعادها في ثنايا تمييزها لتشكل السلوك السلطوي في ضوء سلوك الأتباع ، فكل فعل بمثابة بناء في النسق الاجتماعي وكجزء من عملية التفاعل الداخلية، الأمر الذي ينيط إلى اتساق التصورات الضمنية لممارسة السلطة حول الأتباع، مع سلوكهم الفعلي وهذا ما يثمن المدلول الموقفي للطابع السلطوي، على أساس أن ممارس السلطة يميل إلى التعامل مع كل فاعل على نحو مختلف بعض الشيء عن الآخر، هذا ما يحاول تأكيده العديد من رواد الدراسات الذين أخذوا على عاتقهم منحى سوسيوتنظيمي لكشف الستار عن آليات العلاقة ومحدداتها الإمبريقية ، في هذا المضمار ساق كل من :

- "غروفر" إلى أن ممارس السلطة ذا المنحنى الديمقراطي مع تابع ذي منحى استبدادي يتصرف على نحو أكثر استبدادية ،ومن يخشى المسؤولية فإن توجيهه بشكل متواصل ومتابعته على نحو لصيق، يعد أنسب السبل لسياسته، ومن يعتز بكرامته تكفيه الإشارة أو التلويح بالمهانة دون إيقاعها عليه....".

- وفي نفس السياق الذي يعزز المرونة السلطوية ثمن "إيلجان" دعماً واقعياً لهذا التصور ،حيث أشارت نتائج إحدى دراساته إلى أن المشرفين يتبنون اتجاهات سلبية حيال المرؤوسين ويمارسون نمطاً لصيقاً من الإشراف عليهم ،حيث يتدهور مستوى أدائهم. وهذا ما يقنن استدماج ممارس السلطة لطائفة من الآليات والعمليات المعرفية، وهو بصدد التفسير السلبي لسلوك الأتباع فهذه التفسيرات تسهم في توجيه استجاباته نحوه، خاصة تلك التي تتصل بالجزاء ،ومدى حرية الإشراف ،وتوقعاته حول أداء العامل مستقبلاً.<sup>2</sup>

- أما دوغلاس ماك غريغور فلقد ركز اهتمامهم على تحليل العمليات السيكوسوسيوولوجية وبيان كيفية انعكاسها على سلوك الأفراد داخل التنظيم فانصرف إلى دراسة موضوع العلاقة بين ممارس السلطة

1- المرجع نفسه، ص 147

2- بلوم اسمهان، مرجع سابق، ص 54.

والتابعين داخل التنظيم<sup>1</sup> ، وصاغ نظرية تبين طبيعة العلاقة بين ممارس السلطة والتابع رمز لشق منها بحرف X ورمز للشق ثاني بحرف Y كما هي مبينة في الجدول التالي

- حيث أن الشق الأول X قدم فيه مجموعة من الافتراضات السلبية حول الأنماط السلوكية الوظيفية السلبية لتابع وبين كيفية تعامل ممارس السلطة معها.

- أما الشق الثاني Y قدم فيه مجموعة من الافتراضات الايجابية حول الأنماط السلوكية الوظيفية الايجابية لتابع وبين كيفية تعامل ممارس السلطة معها.

جدول رقم(6) يبين طبيعة العلاقة بين ممارس السلطة والتابع من منظور دوغلاس ماك

غريغور:

الشق	الأنماط السلوكية لتابعين	الأنماط السلوكية لممارس السلطة
الشق الأول: X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- التابعين يكرهون تحمل المسؤولية ويفضلون أن يتم توجيههم مباشرة وبشكل تفضيلي.</li> <li>- إن التابعين يكرهون في المتوسط العمل ويحاولون تجنبه في المنظمة قدر الإمكان، وتنفذ العملية الإنتاجية بأقل من طاقتهم الحقيقية في الأداء</li> </ul>	<p>يتوجب على ممارس السلطة إجبار التابعين على العمل ومراقبته بشكل دقيق وتهديده بالعقوبات من أجل ضمان قيامه بالعمل، بغية تحقيق أهداف المنظمة .</p>
الشق الثاني: Y	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يحب التابعون العمل ويعتبرونه طبيعياً وضرورياً.</li> <li>- يفضل التابعون ممارسة الرقابة والضبط الذاتي ويلتزمون بتحقيق الأهداف.</li> <li>- تتوفر لدى التابعين القدرة على تحمل المسؤولية والرغبة في تحملها.</li> <li>- يتمتع معظم التابعين بقدرات على تحمل المسؤولية والرغبة في تحملها.</li> <li>- يتمتع معظم التابعين بقدرات إبداعية</li> </ul>	<p>لذا فإن سلوك ممارس السلطة في التعامل مع التابعين يكمن في توجيههم لحب العمل والإبداع فيه ، و لا تشكل الرقابة الخارجية والتهديد بالعقاب العنصر الأهم في التأثير في سلوك التابع بل إن الرقابة الذاتية للتابع هي الأكثر تأثيراً في هذا المجال.</p>

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على ( صالح بن نوار ، مرجع سابق، ص 175-176).

### ثالثاً - المداخل الإدارية والسلطة التنظيمية :

الإدارة مهمة مارسها الإنسان منذ قديم الأزل فقد ارتبط ظهور نشاط الإدارة عندما أدرك الناس حاجاتهم إلى الجهد الجماعي بما يخفف رهاوية الفرد و المجتمع ، و بصيغة عامة فان تطور حجم و شكل المنظمات و تنوع أنشطتها عبر العصور المختلفة أدى إلى ظهور العديد من المداخل الإدارية التي

1- على عبد الرزاق الجلي، علم اجتماع الصناعة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص 148.

يشير كل منها إلى الأسلوب الإداري الأمثل للإدارة المنظمة ، و ما من شك أن التطور التاريخي لتلك المداخل إنما يعكس إلى حد كبير طبيعة الظروف و التطورات التاريخية التي تمر بها المنظمات وقت ظهور كل المداخل غير أنه في نفس الوقت يعكس مفهومها مختلفا للسلطة التنظيمية.

إن القاسم المشترك الأعظم بين تلك المداخل هو الرغبة في تحقيق مجموعة من المصالح المتعارضة و ذلك عن طريق تعظيم ندرة الملاك من جانب و تحقيق مصالح العاملين و الأطراف الأخرى من جانب آخر ، غير أن الوسائل التي اقترحها كل مدخل من المداخل الإدارية كانت مختلفة و من المنطقي في هذه الحالة أن نتوقع أن تعدد المداخل الإدارية تتناول مفهوم " السلطة التنظيمية " من منظور مختلف رغم أن كل المداخل استهدفت تقديم نموذج أمثل للتسيير في مكان العمل و تشمل هذه المداخل كلا من المدخل التقليدي للإدارة المدخل السلوكي و المدخل الوظيفي<sup>1</sup>، وبهذا يمكن النظر إلى السلطة التنظيمية من وجهات نظريات متعددة، كل نظرية تمثل جزءا من تفسير متغير السلطة التنظيمية، و كلها متجمعة يمكن أن تفسر بشكل أفضل ظاهرة السلطة التنظيمية.

وفي هذا المبحث سيتم التعرض بالتحليل للمداخل الإدارية مع علاقتها بمفهوم السلطة التنظيمية، و تشمل هذه المداخل كلا من المدخل الكلاسيكي للإدارة و مدخل السلوكي و مدخل الوظيفي ( من ثم فإن وجود شكل ونوع معين من السلطة التنظيمية على الساحة الإدارية إنما يعكس إلى حد كبير مدى إيمان المنظمة بمبادئ مدخل معين و رغبته في تحقيق الجودة الإدارية من خلال تبنيه وتطبيقه لمبادئ ذلك المدخل ) .

### 1. السلطة التنظيمية في المدخل الكلاسيكي :

سنركز في هذا العنصر على ثلاث نظريات وهي نظرية الإدارة العلمية، و نظرية مبادئ الإدارة ونظرية التنظيم البيروقراطي.

#### 1- السلطة التنظيمية في الإدارة العلمية ( التaylorية ) :

يعتبر "فريدريك تايلور" رائد النظرية العلمية حيث اهتم بالتنظيم العلمي للعمل و برفع إنتاجية العمل فقد قام " تايلور " بتطبيق الدراسة العلمية و المتمثلة خاصة في تحليل العمل و تجزئته إلى مهام بسيطة ، و دراسة الحركات و الأزمنة اللازمة لإنجازه و الاقتصاد فيها . للوصول إلى أكبر إنتاجية ، و قد رأى تايلور ضرورة توجه كل من الإدارة و العمال نحو زيارة الإنتاجية لأن كل فائض يتم الحصول عليه في

1- زايد عادل محمد، المرجع السابق ، ص 65.63 .

الإنتاج ثماره العمال في صورة أجور و مكافآت أعلى و الإدارة أو رب العمل في صورة مستوى أعلى من الأرباح<sup>1</sup>، حيث قام " تايلور " بتنظيم المصنع من خلال دراساته و تجاربه توصل إلى أن هدف الإدارة الرشيدة هو دفع الأجور العالية و خفض تكلفة الإنتاج ، و وضع العامل المناسب في المكان المناسب و هنا يظهر اهتمامه بالعامل من خلال التدريب و توجيه اختيار العامل ، و حث العاملين على التعاون مع الإدارة و احترامها للعمل<sup>2</sup>، و الملاحظ من نظرية " تايلور " أنها تستهدف حسم العداء القائم بين الإدارة و العمال ، و ذلك بتحويل المصالح المتعارضة بينهم إلى مصالح مشتركة و ذلك من خلال تحقيق أقصى عائد ممكن للأصحاب العمل ، مع تحقيق أقصى عائد للعاملين في نفس الوقت<sup>3</sup>.

#### أ- مبادئ الإدارة العلمية:

و قد وضع مبادئ الإدارة العلمية في كتابه المنشور سنة 1911 و هي كما يلي :

- تقسيم العمل من خلال الفصل بين التنفيذ والتخطيط.
- تحديد أكبر نصيب من العمل اليومي لكل عامل بالاعتماد على أسس علمية.
- وضع أنماط محددة لأنواع العمل حتى يضمن أداءه بسهولة أكبر و تكون بالمقابل أساس لاختيار العمال وتدريبهم وتوجيههم لتدعم الزيادة في كفاءتهم الإنتاجية ورضاهم لاعتقاده بأن عدم تناسب العامل مع عمله أو القيام بعمل لا يتسم مع سماته الشخصية قد يكون من أسباب عدم الرضا.
- إرساء ظروف قياسية لظروف العمل مثل الحرارة، الرطوبة، الإضاءة، التعويض و فترات الراحة والآلات والمعدات والأدوات.
- زيادة أجور من ينجزون أعمالهم بكفاءة وذلك لتحقيق التعاون بين الإدارة والعمال
- الفصل بين التخطيط والتنفيذ - دراسة الحركة والوقت -<sup>4</sup>.

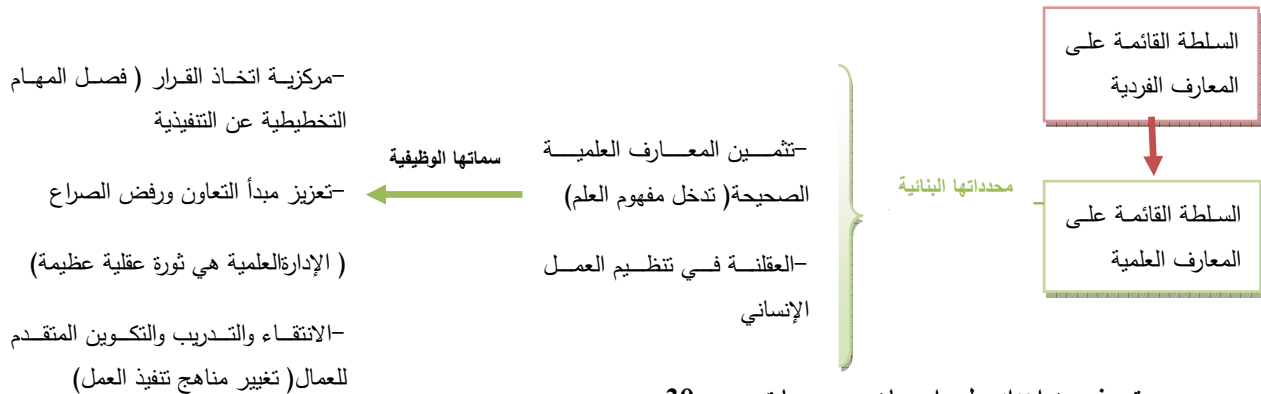
1. جميل أحمد توفيق ، إدارة الأعمال (مدخل وظيفي ) ، دار النهضة العربية ، بيروت ، 1986 م ، ص 36 .

2-قباري محمد إسماعيل ، علم الاجتماع ، دار المعارف الإسكندرية ، 1981 م ، ص 125 .

3- حسين عبد الحميد أحمد رشوان ، علم اجتماع التنظيم ، مؤسسة شباب الجامعة ، مصر ، 2004 م ، ص ص 57 . 61 .

4-Taylor .F.W ,La direction scientifique des entreprises , Dunod , Paris. P 45.

شكل رقم(22) يبين النمط السلطوي على ضوء المنطلقات التايلورية:



بتصرف من إعداد: بلوم اسمهان، مرجع سابق ، ص 30

ب- أطراف النسق السلطوي عند تايلر:

من خلال ما سبق نجد أن تايلور قام بدراسة العمل وفق المنهج العلمي التجريبي وتوصل إلى بناء نموذج هيكلية جديد للمنظمة يتكون من المالك - ممارس السلطة- و العاملين - التابعين- تتوسطهم فئة جديدة سماها بالفئة الإدارية، وتربطهم علاقات عمل جديدة أساسها الطاعة التامة لأوامر ممارس السلطة كما هي دون تدخل لتابعين<sup>1</sup> ( كما هو مبين في الشكل رقم 24)

ونوضح فيما يلي الأطراف المتفاعلة في ممارسة السلطة:

ب-1- المالك ( ممارس السلطة): ذلك الشخص الذي يملك رأس المال أي هو المالك الحقيقي

للمصنع هدفه الربح .

ب-2- الفئة الإدارية: مجموعة من الأفراد يتلقون تدريباً خاصاً في فن اتخاذ القرارات ومتابعة

تنفيذها وأن يختص كل فرد في وظيفة خاصة دون تدخل في الوظائف الأخرى ، وأكد تايلور أنه على الإدارة وحدها الاضطلاع بالمسؤولية في اتخاذ القرارات حول كيفية انجاز العمل (واجبات الفئة الإدارية تمثل جوهر مبادئ التي قامت عليها النظرية)<sup>2</sup>.

ب-3- العامل ( التابع): ما هو إلا آلة ولا يدفعه إلى العمل إلا الطمع والخوف ،وانه يجب

المنافسة مقابل أجر أكبر وإذا توافر لهذا الإنسان جو المناسب في العمل من حيث الإضاءة والتهوية وغيرها من الظروف الفيزيائية للمصنع،فانه لا يكون له الحق في التذمر والشكوى<sup>3</sup> ، ويتم توزيع الدور الوظيفي بين التابعين تبعا لمؤشرات وهي كالاتي :

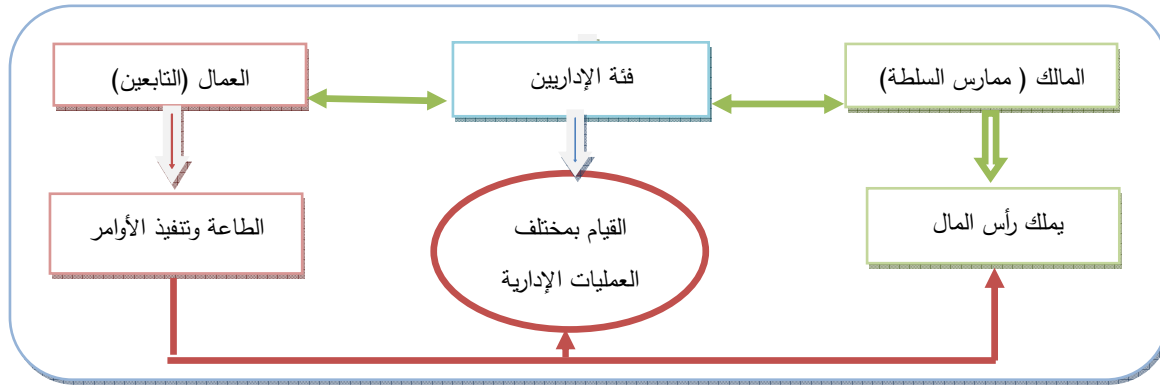
1- رايح كعباش ،علم الاجتماع التنظيم ، مخبر علم الاجتماع الاتصال للبحث والترجمة، الجزائر،2006، ص 102.

2- رايح كعباش ،مرجع سابق ، ص 102.

3- على عبد الرزاق الحلبي، علم اجتماع الصناعة،دار المعرفة الجامعية،الإسكندرية،1999، ص 45-46.

- الطاقة: وهي الحد الأقصى لما يستطيع التابع إنتاجه.
- السرعة: الوقت الذي يستغرقه التابع لإنجاز الأعمال المسندة إليه.
- الاستمرارية: وهي قدرة التابع على الاستمرار في بذل المجهود العضلي في مواجهة الشعور بالتعب<sup>1</sup>.

شكل رقم (23) يبين أطراف النسق السلطوي في المؤسسة وفق المنطلقات التaylorية :



المصدر: من إعداد الباحثة.

عمدت المنطلقات التaylorية إلى إرساء سياق بنائي يعتمد على المنطلقات العلمية كأساس وظيفي لنسق السلطوي فأبدلت السلطة القائمة على أساس فردي تعتمد على خبرة التابعين إلى سلطة قائمة على أساس المعرفة العلمية القائمة على الدور الوظيفي لممارس السلطة ، يهتم فيها ممارس السلطة بجمع المعطيات التقليدية التي كانت بحوزة العمال وترتيبها وتصنيفها ومنها استخراج قواعد وقوانين وصيغ مختلفة تساعد على أداء مهامه بكيفية جديدة ، وبالتالي أولت النظرية اهتماماً كبيراً لطبيعة الهيكل التنظيمي والتسلسل الرئاسي والاعتماد على السلطة الرسمية والعلاقات الرسمية بدل السلطة الغير الرسمية التي كانت سائدة ، من اجل تحقيق أهداف المؤسسة، وأكدت على أن تطور إنتاجية العمل وزيادة معدل هذه الإنتاجية يتحققان فقط بواسطة الإلزام والضغط على العامل- التابع- وبواسطة تحديد وتقنين الآلات وظروف العمل ، وبالتالي ضرورة تعاون العمال مع الإدارة يكتسي طابعاً قسرياً، لأنه كان يرى إذا فرضت الإدارة أساليب جديدة للعمل فيمكن أن يعترض عليه العمال ، فعلى الإدارة فرضه حتى ولو كان بالضغط وبالتالي إتباع أسلوب الاستبداد بالسلطة وإلحاق العامل بالآلة ويصبح العامل كآلة ، لهذا نجد أن العامل رفض التaylorية واعتبرها كحرب ضده وهو ما صرح بيه مايو بقوله: " إن العمال رفضوا "التaylorية" لأنها على رغم مساهمتها في تعظيم الكفاءة فإنها كانت تتعلق بنظام مفروض والذي لا يأخذ بعين الاعتبار

1- عبد المالك، مرجع سابق، ص 23-24.

الآراء الخاصة بالعاملين، والذين اعتبروا بدورهم تماما كدواليب غير معروفة لآلة ما، وهو ما كرره مايو في مؤلفه...<sup>1</sup>

## 2- السلطة التنظيمية في مبادئ الإدارة ( التكوين الإداري ) :

في نفس الوقت الذي اقترح فيه تايلور ، مدخل الإدارة العلمية اقترح العالم الفرنسي " هنري فايول (2) Henry Fayol مدخل مبادئ الإدارة من خلال دراسته وتحليله للعمليات الإدارية إلى إيجاد مبادئ وقواعد تعد بمثابة مرتكزات رئيسية يعتمد عليها ممارس السلطة - المدراء- في أعمالهم وفي تحقيق الأهداف الاقتصادية للمنظمات التي يعملون فيها.

### أ- المبادئ الإدارية التي يعتمد عليها ممارس السلطة:

ووضع فايول الأسس و القواعد التي يعتمد عليها ممارس السلطة في العملية الإدارية ، و بلور عدداً من المبادئ العامة في نظرية الإدارة ، فكان يعتقد أن الوضعية الإدارية تنطلق من أعضاء التنظيم، و مجموع الأفراد فيه و أن نظام العمل الصحيح داخل التنظيم يقوم على بعض المتطلبات المحددة و هي التي يسميها بالمبادئ أو القواعد ، و نجده يفضل دائما استخدام مصطلح " مبادئ " عوض قواعد أو قوانين و تتسم هذه المبادئ عند فايول بمرونة كبيرة لأنها تتمتع بقدرة عالية على التكيف مع الظروف و البيئة الموجودة فيها و جعل هذه المبادئ الإدارية قابلة للتطبيق في كل المجالات و على المستويات ، بحيث يقوم على أساس نظريته الإدارية عليها<sup>3</sup> و هي مبينة في الجدول الموالي:

<sup>1</sup> - Mayo .E. W : The Human Problems of an Industriel Civilisation, Macmillan, Londres, 1993., P 132.

2- فايول: بدأ حياته المهنية كمهندس متخرج وشغل مناصب إدارية عالية، منها على وجه الخصوص منصب المدير العام لمدة ثلاثين سنة (1888-1819) لمجموعة شركات التعدين المعروفة باسم (شركة كومنتري) الفرنسية، وكان أول ظهور لأعمال فايول سنة 1900 وسنة 1980، حيث كانت أفكاره حول الإدارة في شكل بحوث صغيرة قدمت في المؤتمرات الهندسية المتعلقة بأعمال التعدين، إلا أن عمله الرئيسي تمثل في كتابه المشهور ذو العنوان "نظرية الإدارة الصناعية والعامة" الذي صدر عام 1916 وفيه قدم فايول نظرية شاملة لمفهوم الإدارة من مختلف الجوانب المتعلقة بالتخطيط والتنظيم والتنفيذ. (لوكيها الهاشمي، مرجع سابق، ص ص 54-55).

3- رايح كعباش ، مرجع سابق ، ص 115. 116 .

جدول رقم (07) يبين المبادئ الإدارية التي يعتمد عليها ممارس السلطة وفق منطلقات مبادئ

نظرية التكوين الإداري:

المبدأ	سماته البنائية
تقسيم العمل	زيادة التخصص ،الذي يعد أمراً ضرورياً، ومطلباً أساسياً داخل المؤسسة.
السلطة و المسؤولية	مد ممارس السلطة بالقوة الرسمية والتنفيذية وتحمله المسؤولية .
النظام	احترام القواعد والنظم واللوائح والعمل على إطاعة الأوامر الرسمية وتطبيق الإجراءات
وحدة الأمر	يتلقى الأوامر من رئيسه المباشر فقط
وحدة التوجيه	تنسيق وتركيز جهود كل أفراد المؤسسة في اتجاه واحد
الخضوع	لخدمة الصالح العام ، و التوفيق بين المصالح الفردية والعامه.
المكافآت	تحفيز المادي للتابعين مقابل الجهد المبذول.
المركزية	تركيز السلطة بصورة مركزية
تدرج السلطة	تسلسل السلطة و تحديد العلاقة المهنية والإدارية بين ممارس السلطة وتابعين والمرؤوسين
الترتيب ( النظام )	تحديد أماكن محددة لعمل الأفراد ووضع الأشياء المادية
المساواة	تحديد العلاقة بين الفاعلين عن طريق العدالة والمساواة
الاستقرار الوظيفي	ثبات الأفراد في أماكن أعمالهم بقدر الإمكان
الابتكار	أن تتسم كل من الخصائص الفردية للعاملين أو الإدارية بروح الابتكار
روح التعاون	التعاون والتنسيق بين الأفراد والعمل بروح الجماعة أو فريق العمل وزيادة عناصر الاتصال

من إعداد الباحثة : بالاعتماد على محمد عبد الله محمد عبد الرحمن، مرجع سابق، ص ص 92-93.

إن المتمعن للمبادئ الأربعة عشر الإدارية التي وضعها هنري فايول يجد أنها تضمنت جوانب مهمة ذات صلة بالسلوك الإداري و العلاقات السلطوية في التنظيم كما هو واضح من مبدأ المساواة و العدل و مبدأ التعاون و العمل الجماعي وما ورد في بعض حول أهمية الاتصال بالعاملين ومنها مثلا مبدأ المبادرة ومبدأ تدرج السلطة، حتى أن هذه المبادئ بالإمكان اعتبارها جزء مهم من نمط الممارسات السلطوية ، فإذا أخذنا هذه المبادئ التي تركز على الجانب الإنساني ، مع بقية المبادئ الأخرى أصبح بالإمكان الاقتراب من نمط القائد أو ممارس السلطة الذي يهتم بالإنتاج والعمل ، ويهتم أيضا بالعاملين وبالعلاقات الصناعية.1

ب- وظائف ممارس السلطة:

كما حدد فايول لعناصر أو وظائف ممارس السلطة- الذي يتقلد مستويات إدارية مختلفة - في

الهيكل التنظيمي على الوجه الآتي :



- **التخطيط:** يقول فايول: " حقيقة إن التخطيط ليس كل الإدارة، إلا أنه جانباً أساسياً فيها فهو يعتبر من أصعب الأمور التي تواجه المنظمات، إن التخطيط يتطلب قيام المدير - ممارس السلطة - بدراسة مختلف التغيرات المستقبلية المتوقعة، ثم يضع الخطة اللازمة للعمل بها، ويتأكد من أن الخطة تتضمن الوحدة، والاستمرار والمرونة والدقة.
- **التنظيم:** يرى فايول أن التنظيم يتكون من عملية بناء كيان مزدوج (بشري، مادي) يراعي فيه المدير - ممارس السلطة - صلاحية العمال - التابعين - والمعدات لتحقيق أهداف المنظمة وفقاً للخطة الموضوعة في حدود موارد احتياجاتها على أن يكون اختيار التابعين أساسه قواعد وأسس علمية بحيث يوضع كل فرد في أكثر الأعمال صلاحية له، وأن يكون لكل قسم رئيس كفاء ونشط يعمل في اتجاه واحد وهو تحقيق الالتزامات المتضمنة في الخطة، وأن تحدد الاختصاصات بوضوح، وأن تتسق جميع الجهود وأن يتم تلاقي الشكليات التي قد تعطل العمل وأن يشجع التابعين على تحمل المسؤولية.
- **القيادة:** تتمثل في توجيه جهود التابعين من خلال القرارات المتخذة في تحقيق الأهداف المسطرة من قبل المنظمة.
- **التنسيق:** ينظر إليه فايول على أنه تحقيق الانسجام بين أوجه النشاط في المنظمة بقصد تسير عملها وتحقيق نجاحها، ويتناول التنسيق فيها الجوانب المادية والاجتماعية والوظيفية لتأكد من ملائمة فيما تقوم به من مهام وقدرتها على الأداء .
- **الرقابة:** وهي عملية التأكد من أن كل شيء قد تم انجازه، وفقاً للخطة الموضوعة والأوامر الصادرة، على أن يصاحب ذلك مكافأة المجدين وفرض العقوبات عند ارتكاب الأخطاء، ويرى فايول أن الرقابة ترمي إلى كشف عن نقاط الضعف كي تتمكن المنظمة من تعديلها والعمل على عدم تكرارها عن نقاط الضعف كي تتمكن المنظمة من تعديلها والعمل على عدم تكرارها في المستقبل.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - لو كيا الهاشمي مرجع سابق، ص ص 61-63.

## 3 - المدخل الفيبري في التنظيم البيروقراطي :

لقد اقترح فيبر<sup>1</sup> ( 1864. 1920 ) نموذجاً للتنظيم البيروقراطي<sup>2</sup>، ويرجع اهتمامه بالبيروقراطية إلى ما كانت تمثله في وقته، على أنها الصفة المميزة للمجتمع الحديث بمقارنته بالمجتمعات السابقة وخاصة الأشكال التقليدية منها، ولأنها قادرة على تحقيق أعلى درجات الكفاءة والفعالية، ومن هنا اكتسبت أهمية ومكانة مرموقة ودفعته لتحليلها والتنظير فيها.

يعتبر ماكس فيبر هو مؤسس الدراسة المنظمة و الممنهجة، وقد أسهم في تحليل القضايا ومفاهيم البيروقراطية، فقد أقام فيبر تصوره للتنظيم على مفهومي القوة والسلطة مفرقا بينهما بناء على توفر المشروعية أو فقدانها، فقد عرف القوة على أنها " احتمال أن تطيع جماعة معينة من الناس الأوامر المحددة التي تصدر عن مصدر معين "، كما أرجع السلطة إلى أن من يمتلكها يكون لديه الحق في ممارستها من جهة ومن يخضع له يجد من واجبه طاعتها من جهة أخرى، والقوة لا تفرض وجود الشرعية بل التأثير والفرض وإجبار الآخرين على الطاعة والامتثال والاستجابة للأوامر رغما عنهم أي إجباراً<sup>3</sup>.

1- يعتبر ماكس فيبر من الرعيل الأول لعلم الاجتماع، وترتبط عموماً تحليلاته بفترة عصر الرواد الذين وضعوا أسس علم الاجتماع وفروعه المختلفة. وتكمن إسهاماته بصورة مميزة لأنه وضع الجذور للكثير من فروع علم الاجتماع المتخصصة، ويعتبر علم الاجتماع التنظيم على قائمة هذه الفروع، وعلم الاجتماع التاريخي، وعلم الاجتماع المعرفة. هذا بالإضافة إلى تحليلاته المقارنة المميزة التي اعتمد عليها في دراسة الكثير من قضايا المجتمع القديم والمعاصر، كما أن له أفكاراً مميزة حول المنهج السوسولوجي وطرق البحث الاجتماعي المختلفة ( عبد الله محمد عبد الرحمن، مرجع سابق، ص 145).

2- البيروقراطية في مفهومها اللغوي مشتقة من مقطعين أولهما ذو أصل لاتيني وهو كلمة burus ومعناها اللون الداكن المعتم الذي يتناسب مع المهابة والاحتشام. وهي أيضاً قريبة الشبه بكلمة La Bure الفرنسية القديمة، وهي تعني نوعاً معيناً من الأقمشة يستعمل غطاءً للمناضد، وخاصة مناضد اجتماعات رجال الحكومة في الأزمنة الماضية، وفي الفرنسية الحديثة أصبحت كلمة Bureau المشتقة من الكلمة القديمة تعني منضدة الكتابة أو المكتب. وثانيهما ذو أصل إغريقي وهو كلمة Kratia ومعناها القوة أو الحكم والكلمة في مجموعها تعني حكم المكتب أو سلطة المكتب (عبد الباسط محمد حسين، مرجع سابق، ص 149)، كما أنها تعتبر من المصطلحات الأكثر تداولاً في عصرنا هذا وتعني مجموعة من الموظفين النظاميين بالمعنى الحيد وبصفة خاصة في الوظائف العليا. كما يحمل مصطلح البيروقراطية مفهوم متناقض: الأول يدل على التنظيم الأكثر فعالية في حالة الإخلاص. وما يهمننا هي البيروقراطية بمعناها العلمي الذي يقصد به التنظيم القائم على مجموعة من المبادئ التي تسمح بتحقيق أهداف محددة انطلاقاً من إمكانيات بشرية ومادية محددة للقيام بالأعمال المطلوبة. والثاني يدل على كل الصفات السيئة المرتبطة بالإدارة من روتين وعجز وكثرة اللوائح والإجراءات (عبد الوهاب سويس، مرجع سابق، ص 27)، ويرتبط مفهوم البيروقراطية بمفهوم التبر قرط أو دعم البيروقراطية والتحول نحوها، وقد يفهم منه المجهودات التي تهدف إلى الحفاظ على التنظيم أكثر مما تهدف إلى تحقيق أهدافه ويشير مفهوم التبرقرط إلى العملية التي يتكسب عن طريقها التنظيم الرسمي خصائص البيروقراطية بصفة دائمة. ويتمثل المظهر الرئيس لهذه العملية الصياغة الصورية للقواعد والإجراءات. علماً بأن للتبرقرط درجات ومستويات متفاوتة في التنظيمات ( رابع كعباش، مرجع سابق، ص 46).

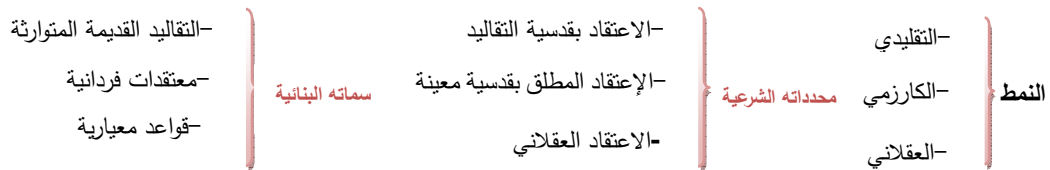
3- رابع كعباش، مرجع سابق، ص 44.

- الأنماط الشرعية للسلطة وفق المنطلقات الفيبرية:

كان فيبر المؤلف الأول الذي قام بتحليل دور القائد داخل المؤسسة، وهو أثبت كيف و لماذا يستجيب الأفراد لأشكال مختلفة من السلطة<sup>1</sup>، و لقد كان الأول أيضاً منذ اختراع الكلمة من طرف الإغريق، الذي أستعمل مصطلح "الكاريزما" في مسلمته الحديثة المتعلقة بالصفات الشخصية لصاحب السلطة على الآخرين، الواجب توافرها في الفرد.

و لقد ميز فيبر بين ثلاثة أنواع من السلطات الشرعية كما هي مبينة في الشكل الآتي :

شكل رقم (24) يبين الأنماط الشرعية للسلطة وفق المنطلقات الفيبرية:



من إعداد الباحثة بالاعتماد على: رابح كعباش، مرجع سابق، ص ص 47-48.

وبذلك يمكن أن تقوم الشرعية على نماذج مختلفة من المعاني، فيتشكل البناء التنظيمي و ينبثق من نموذج الشرعية التي تأسس عليها(سلطة كاريزمية أو التقليدية أو العقلانية)،وتتحدد على إثره نمط شرعية السلطة نموذج الطاعة ونوع الهيئة المديرة وأسلوب ممارسة السلطة .

- النسق السلطوي الكاريزمي وفق المنطلقات الفيبرية :

يعرف فيبر السلطة الكاريزمية بأنها: "تقوم على الاعتقاد المطلق لقدسية معينة أو استثنائية لبطولة مثلاً، أو صفاة شاذة تفوق قوة الشخص العادي، فمفهوم الكاريزما يطلق على شخصية معينة لها تأثير واضح ومميز عن الأفراد العاديين ، فيكون فوق المستوى الطبيعي للفرد العادي ولما لهذا الفرد من خصائص أو قابليات معينة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>-Weber. M , Histoire économique : Esquisse d'une histoire universelle de l'économie de la société, Gallimard, 1992, P 89.

2- عبد الله محمد عبد الرحمن، مرجع سابق، ص 213.

شكل رقم (25) يبين النسق السلطوي الكاريزمي وفق المنطلقات الفيبرية:



وبالتالي تمثل السلطة الكاريزمية قوتثورية لا تؤمن بالقيم التقليدية وتهدد النظم المستقرة ،وان الإعجاب الشديد بقدرات ممارس السلطة يفضي إلى التهاون بالنظام والاستخفاف بالقواعد<sup>1</sup>، ومايترتب عن ذلك عند وفاة القائد صراع سلطوي يفرضه الفراغ الذي تركه ممارس السلطة الملهم. وقد وضع فيبر في تحليلاته بعض الوسائل أو الطرق التي يتم بها حل تلك المشكلة لإعادة التوازن الداخلي والخارجي لتنظيم :

- اختيار احد الأتباع ممن لديه نوع من القدرة الإلهية.
  - يقوم ممارس السلطة السابق باختيار خليفة من إتباعه المخلصين.
  - إتباع الاختيار التقليدي أي حسب الروابط العائلية<sup>2</sup>.
  - النسق السلطوي التقليدي وفق المنطلقات الفيبرية :
- النموذج الثاني للسلطة يتمثل في السلطة التقليدية وتقوم على العائلة بما فيها الأقارب وغيرهم وتقوم على أسس تقليدية وتعتمد على الاعتقاد بقداسة التقاليد والأعراف والقيم<sup>3</sup>، وشرعية السلطة فيها تستمد من المكانة الاجتماعية للقائمين على السلطة ذاتها<sup>4</sup>

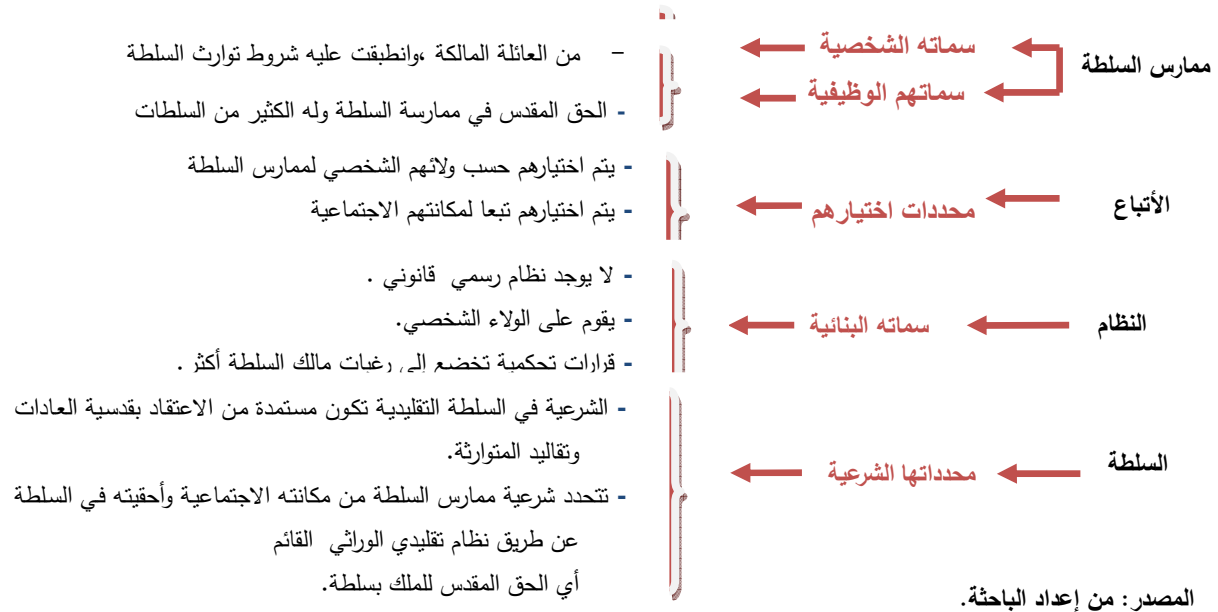
1- رابح كعباش، مرجع سابق، ص ص 49.

2- عبد الله محمد عبد الرحمن، مرجع سابق، 218.

3- رابح كعباش، مرجع سابق، ص 50.

4- عبد الرحمن محمد عبد الرحمن، مرجع سابق، ص 212.

شكل رقم (26) يبين النسق السلطوي التقليدي وفق المنطلقات الفيبرية:



إن فالسلطة التقليدية هي التي تفرضها التقاليد وتضفي عليها صفة الشرعية وتكسبها ثوبا من القداسة وفي هذه الحالة يكون النظام الاجتماعي مقدساً وأبدياً ولا يمكن الاعتداء أو الثورة عليه ، وبذلك تعمل السلطة التقليدية على استمرار النظام الاجتماعي القائم بالفعل وتقاوم كل ما من شأنه إحداث التغيير الاجتماعي فهو لا يناسبها لأنه يقتضي عليها وعلى أساس وجودها<sup>1</sup>، وأنها بذلك تواجه صعوبات حينما تجد نفسها إزاء أي تعديل أو تغيير اجتماعي.<sup>2</sup>

يوضح فيبر عملية التحول نحو البيروقراطية للسلطة التقليدية، شأنها شأن السلطات الأخرى الكاريزمية حيث تقوم على أساس مميز من البناءات الاقتصادية والاجتماعية ووصفات تقليدية ، فتظهر الحاجة الملحة للخروج بتلك الخصائص أو العناصر وتحويلها نحو البيروقراطية ذات الطابع العقلاني الرشيد فيعمل كل من ممارسي السلطة-القادة- التقليديين والأتباع على ضرورة تغيير أسلوبهم وجهازهم الإداري التقليدي، معتمدين على ذلك كل الوسائل التكنولوجية الحديثة والأخذ بنظام الرأسمالية.<sup>3</sup>

- النسق السلطوي العقلاني وفق المنطلقات الفيبرية:

النموذج الثالث للسلطة يتمثل في السلطة العقلية التي أطلق عليها بالبيروقراطية، حيث قدم فيبر مفهوما متكاملًا للتنظيم البيروقراطي أطلق عليه بالنموذج المثالي البيروقراطي في هذا النموذج يتم اختيار الموظفين و الأفراد عن طريق أساليب متعلقة بالكفاية الإنتاجية ، و كذا محاولة التنظيمات وضع أسس

<sup>1</sup> - عبد الهادي الجوهري، علم اجتماع الإدارة مفاهيم وقضايا، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1998، ص 52.

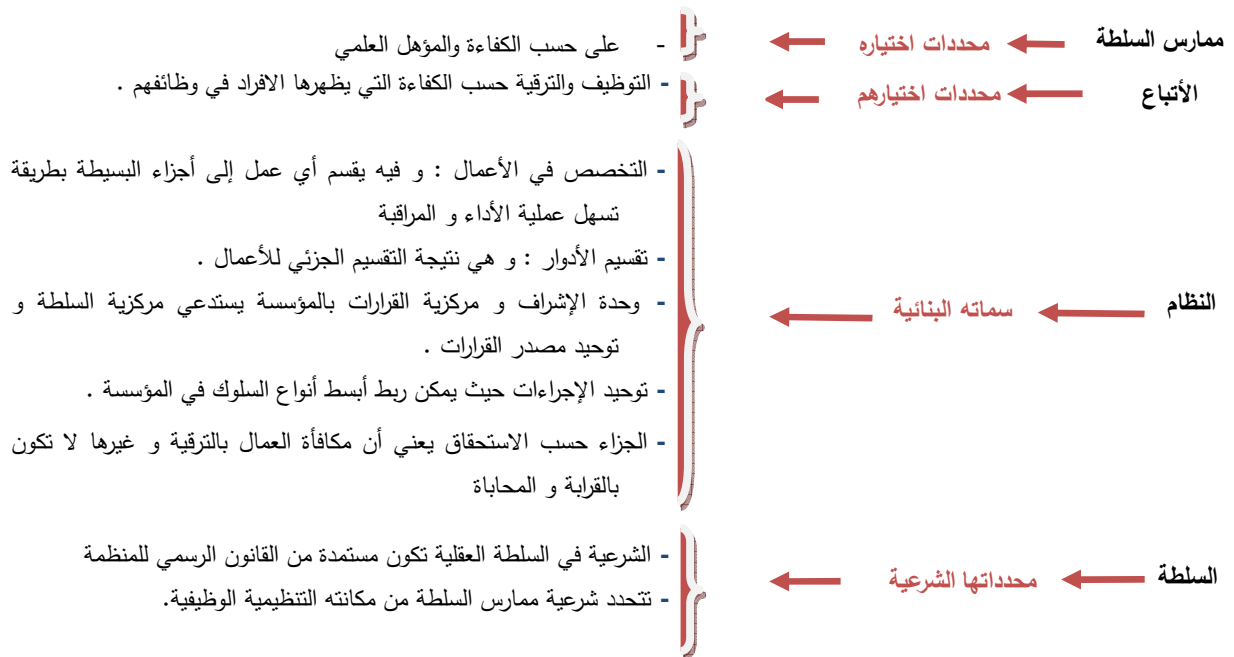
<sup>2</sup> - رابع كعباش، مرجع سابق، ص 50.

<sup>3</sup> - المرجع نفسه، ص 228

للتوظيف من خلال المساواة بين الأفراد في التعيين بالوظائف على أساس الكفاءة المطلقة و الإعلان عن الوظائف الشاغرة حتى يتقدم لها من يرى في نفسه الصلاحية الكافية لشغله.<sup>1</sup>

وهي السلطة القانونية القائمة على مجموعة من القواعد المتفق على انها مشروعة بواسطة أعضاء الجماعة وتتركز السلطة القانونية في المنصب لا في شاغله ،ويمكن لأي شخص ان يصل الى هذا المنصب وفقا للقواعد المقررة للممارسة<sup>2</sup>، و لهذا قدم ماكس فيبر نموذجاً قام بتحليل هيكلي للجهاز الإداري المنظم ،سماه بالنموذج المثالي للبيروقراطية وله خصائص ومميزات خاصة هي :

شكل رقم (27) يبين النسق السلطوي العقلاني وفق المنطلقات الفيبيرية:



المصدر: من إعداد الباحثة

هذه أهم المبادئ التي بنا بها فيبر مدخل التنظيم الاجتماعي البيروقراطي بهدف تكوين منظمات نموذجية و مثالية عادلة على أساس من المنطق و السلطة الوظيفية لعلاج العديد من مظاهر العلل التي عانت منها المنظمات و التي أدت إلى انخفاض الكفاءة التنظيمية للمنظمات ، و يرجع السبب في هذا الخلل إلى خلل في مفهوم السلطة ، فسلطة الموظف في ذلك الوقت لم تكن مستمدة من الوظيفة ذاتها بقدر ما كانت مستمدة من المكانة الاجتماعية لشاغل الوظيفة.

1- عبد الكريم ، أصول الإدارة العامة ، المكتبة الأنجى مصرية ، مصر ، 1976 م ، ص 208 .  
2- محمد بهجت جاد الله كشك، المنظمات واسباب ادارتها، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003، ص 227.

## II. السلطة التنظيمية في المدخل السلوكي :

في الوقت الذي أكدت فيه النظريات الكلاسيكية على الأداء المادي للعمل وعلى الهيكل الرسمي للتنظيم والبناء الداخلي ظهر اتجاه آخر في تنظيم العمل و إدارة المنظمات يرتكز على العنصر الإنساني باعتباره العنصر الحيوي في المنظمة ، والذي تدور حوله كافة مظاهر التنظيم الأخرى ويدخل في مجال اهتمامه العوامل والعناصر التي أهملتها النظريات الكلاسيكية في التنظيم كالدوافع والحاجات الاجتماعية والتنظيم الغير رسمي وجماعات العمل والقيادة والاتصالات ... الخ.

ويطلق على هذا الاتجاه الجديد اسم الاتجاه السلوكي في دراسة التنظيم ويضم هذا الاتجاه مجموعة من النظريات التي جعلت من العنصر الإنساني في المنظمة محور اهتمامها الأول<sup>1</sup>، كما أبرزت دور وأهمية التنظيم الغير رسمي كسلطة موازية للسلطة الرسمية داخل التنظيم ، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها إعطاء الأولوية للجانب الإنساني للفرد العامل ، وفي هذا السياق سنتناول نظرية العلاقات الإنسانية ونظرية اتخاذ القرارات ونظرية القبول مع التركيز على تحليل السلطة في محتوى هذه النظريات.

### 1- السلطة في العلاقات الإنسانية:

يمكن تعريف العلاقات الإنسانية<sup>2</sup> بأنها مجموع السياسات و الاتجاهات التي تهدف إلى تحسين علاقات المنظمة بين ممارس السلطة والتابعين من خلال ما توفره من رعاية و اهتمام و ظروف عمل مناسبة<sup>3</sup>، يعتبر التون مايو الممثل الرسمي لنظرية العلاقات الإنسانية و أول روادها ، لفت الأنظار لدور

<sup>1</sup> - ابراهيم توهامي و ناجي لتييم و هشام بوبكر وآخرون، قضايا سوسيو تنظيمية، ط1، البدر الساطع للطباعة والنشر، الجزائر، 2013، ص ص 29-28.

<sup>2</sup> - ابرم خلال المدة الواقعة بين (1927-1932) عقد مشروع للتعاون بين شركة ويسترن الكتريك في الولايات المتحدة وبعض الأساتذة من مدرسة الأعمال بجامعة هارفارد وتحت إشراف الأستاذ التون مايو ضمت كلا من روثلز برجز وديكسون و وارنر حيث عملوا كفريق خلال المدة المذكورة ، وقد نشرت نتائج هذه الدراسة التي أجريت في مصانع هورثون، التي اشتهرت بهذا الاسم وذلك عام 1939 في مؤلف بعنوان ( الإدارة والعامل) ، وتعد تجارب التون مايو في مصانع هورثون البداية المميزة لجميع الدراسات المتعلقة بالجوانب الإنسانية من خلال اعتماد الحقل التجريبي في التعامل مع المتغيرات المادية للعمل وأثرها في إنتاجية العمل. لقد شرع الباحثون في إخضاع ست فئات إلى الملاحظة التجريبية أثناء الأداء، وقاموا بإجراء تغييرات في مدة الراحة ،وطول وقت العمل، والإضاءة، وغيرها من الظروف المادية وكانت النتائج المحققة هي حصول ارتفاع في إنتاجية العمال عند إجراء التغيير في الظروف المادية للعمل، ولكن عندما حاول الباحثون في المرحلة الثانية عشر من التجربة العودة إلى الظروف السابقة قبل التجربة اتضح بأن الإنتاجية ظلت مرتفعة.

ومن هنا اتضح للباحثين بان هناك مجموعة أخرى من العوامل التي تفوق في التأثير ذلك الذي تحدته الظروف المادية للعمل ،وعند البحث الأعمق برز الجانب الاجتماعي في التأثير على العلاقات والإنتاج .وهذا مادعا الباحثين إلى اعتباره كائنا اجتماعيا له حاجاته ورغباته وميوله واتجاهاته ومشاعره المؤثرة في مجمل أدائه الإنتاجي، من هنا نشأت حركة أو مدرسة العلاقات الإنسانية وتطورت ونشطت الأبحاث والدراسات المتعلقة بالسلوك الإنساني.( خليل محمد حسن الشماع و خيضر كاظم حمود، مبادئ الإدارة مع التركيز على ادارة الاعمال، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة الاردن، 2002، ص 65)

<sup>3</sup> - حسين عبد الحميد أحمد رشوان ، مرجع سابق، ص 82 .

العنصر البشري التنظيمي<sup>1</sup> ، وفيما يلي أهم النتائج التي توصل إليها من خلال التجارب في مجال الإدارة.

جدول رقم (08) يبين نتائج تجارب التون مايو في مجال الإدارة والمقترحات المنصوص

تطبيقها:

المقترحات المنصوص تطبيقها	نتائج المتوصل إليها
- توفير قيادة ديمقراطية تؤمن بالصدقة بين الرئيس والمرؤوس وتسمح بمشاركة العاملين	- إن علاقات السلطة الرسمية لا تتناسب مع الطبيعة البشرية.
- عدم مقاومة التنظيم غير الرسمي بل السماح له بأن يتشكل وينمو ومهمة الإدارة أن تقترب منه وتتعاون معه وتكسبه لجانبها.	- التوافق والانسجام الاجتماعي بين العاملين هو العامل الأساسي الذي يؤثر في إنتاجية العمال.
- أن يتم وضع الهيكل التنظيمي وتحديد المسؤوليات بناء على المبادئ التنظيمية اخذين بعين الاعتبار عنصرا حيويا وهاما هو حاجات الأفراد الاجتماعية.	- الحوافز المعنوية لها تأثير قوي في زيادة الإنتاجية.
- إشعار العاملين بمسئولياتهم وأهمية دورهم الوظيفي.	- إن تقسيم العمل إلى جزئيات صغيرة والتخصص يقتل إبداع العامل.
- دراسة مشاكل العاملين ومحاولة وضع حلول لها من قبل الإدارة.	- إن سلوك الفردي للعامل إنما هو تعبير وانعكاس لأفكار الجماعة التي ينتمي إليها.
	- هناك قيودا متنوعة شخصية وبيئية تحد من وصول الفرد للسلوك الرشيد

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على: انس شكشك، المرجع السابق، ص ص 55-57.

وبناء على النتائج والمقترحات المتوصل إليها نجد أن التون مايو قد ركز على العناصر التالية في دراسة التنظيم :

- أهمية العلاقات الغير رسمية: ركزت حركة العلاقات الإنسانية عن أهمية دور الجماعات في تحديد سلوك الأفراد ومستوى أدائهم ،فالجماعات التي ينتمي إليها التابعين في محيط العمل يمكن أن تؤثر في سلوكهم وتحركهم في اتجاه قد يكون عقبة في سبيل تحقيق أهداف التنظيم، وفي هذا السياق يؤكد أنصار هذا الاتجاه على الدور الكبير الذي يمكن أن تقوم به القيادة الإدارية في منع حدوث مثل هذه المشاكل ،ذلك أن القيادة تلعب دورا أساسيا في التأثير على تكوين الجماعات وتعديل تقاليدها ومعاييرها بما يتناسب مع أهداف المنظمة كما تعمل على تحقيق أكبر درجة من التقارب والتعاون بين السلطة الرسمية في التنظيم والسلطة الغير رسمية.

- أهمية المشاركة في اتخاذ القرارات: ضف إلى هذا فإن أنصار هذا الاتجاه يؤكدون على أن أحد أهم السبل الفعالة في تحقيق التقارب بين سلطة التنظيم الرسمي وغير الرسمي هو إشراك العمال في العملية الإدارية وتحميلهم مسؤولية العمل على تحقيق أهداف المنظمة التي يعملون فيها.<sup>2</sup>

1- انس شكشك، المرجع السابق، ص 55

2- ابراهيم توهامي و ناجي ليتيم و هشام بوبكر واخرون، مرجع سابق، ص ص 31-32.



- وسائل الاتصال: فقد اعتقد أنصار العلاقات الإنسانية أن تطوير اتصالات فعالة وتدريب الإدارة على ربح ولاء العمال يمكن أن يحطم القيود بين ممارس السلطة والتابعين، فممارس السلطة الماهر هو الذي يتحكم في تعهد وهوية ما يحتاجه العامل ويرغب في تقديمه ويمكن استخدامه في خدمة التنظيم الرسمي.<sup>1</sup> إذن نستنتج أن مدرسة العلاقات الإنسانية تعتبر العمال - التابعين - اجتماعيين يسعون إلى تحقيق علاقات أفضل مع الفاعلين في المنظمة سواء ممارسي السلطة أو التابعين ، و إن أفضل سلوك بنائي وظيفي هو التعاون و ليس الصراع، وتوصلت إلى تطوير مفهوم السلطة من خلال تغير المؤشرات البنائية الوظيفية له في ميدان العمل بتأكيدا على أهمية مشاركة التابعين في صنع القرارات التنظيمية ، فبدلاً من أن يكون التابع متلقياً فقط للقرارات كما تصورها إدارة المنظمة الكلاسيكية فإن التابع هنا له دوراً وظيفياً مؤثراً في تحديد الملامح الأساسية للتنظيم من خلال الرأي الجماعي و المشاركة في العديد من القرارات التي تؤثر بشكل مباشر على التنظيم، وبمعنى آخر فقد أصبحت ممارسة النسق السلطوي في التنظيم مشترك بين طرفي المنظمة مالك السلطة و التابعين .

## 2- نظرية اتخاذ القرار لهيرت سيمون:

ينظر سيمون للتنظيم على أنه وحدة اجتماعية أو هيكل مركب من العلاقات التي تحدث بين أعضائه من خلال عمليات الاتصال المستمرة التي تتم بينهم ، فعن طريق التفاعل يستمد كل فاعل منهم قدراً كبيراً من المعلومات والاتجاهات التي تساعده في اتخاذ القرارات<sup>2</sup>، ويرى أن كل العمليات التنظيمية تتمحور حول عملية اتخاذ القرارات وبالتالي فإن عملية اتخاذ القرارات هي العملية الأساسية للسلوك والأداء في المنظمات ، وتقوم مبادئ نظرية سيمون على العناصر التالية:

- **عنصر اتخاذ القرار:** التنظيم يتكون من هيكل الاتصالات والعلاقات بين الأفراد تقوم على

أساس هرمي بحيث يتعلق كل قرار بنشاط معين الذي يصبح خطوة أو مرحلة فيتحقق هدف آخر.

<sup>1</sup>- رابح كعباش، مرجع سابق، ص 130.

2- من المفيد التمييز بين القرار وعملية صنع القرار واتخاذ القرار ، فالقرار هو: " سلوك و تصرف واعي من بين عدة بدائل، إنه اختيار من بين بديلين فأكثر ثم تحليلها ، يتبعه فعل أو إجراء لتنفيذ هذا الاختيار "، أما عملية صنع القرار فتتضمن سلسلة من الخطوات المترابطة المؤدية إلى إقرار وتنفيذ هذا القرار ومتابعته، ويقول الكاتب هاريسون: " إن القرار مرحلة في عملية مستمرة لتقييم البدائل من أجل إنجاز هدف معين " ، وبنظرة مماثلة يشير الكاتب روبنز إلى أن القرار: " عبارة عن اختيار من بين بديلين أو أكثر "، أما عملية صنع القرار فتتكون من سلسلة خطوات متتابعة تبدأ بتشخيص المشكلة وتنتهي بتقييم البديل الذي تم اختياره ( حسين حريم، مرجع سابق ، 2006، ص 87-88) ، وعلى ذلك يجب التفرقة بين مفهوم صنع القرار واتخاذ القرار فالأخير يمثل مرحلة من الأول بمعنى أن اتخاذ القرار يمثل آخر مرحلة في عملية صنع القرارات. ويمكننا تعريف مهمة اتخاذ القرار بأنها: " عملية أو أسلوب الاختيار الرشيد بين البدائل المتاحة لتحقيق هدف معين ". (عبد الهادي الجوهري، مرجع سابق، ص 88).

- **عنصر البيئة:** عند اتخاذ أعضاء التنظيم فإنه يستمدون معايير وقيم الاختيار من التنظيم إلا أن البيئة هي التي تحدد بدائل الاختيار المتاحة لهم.
  - **عنصر الجماعة:** إن اتخاذ القرارات عمل جماعي ولا بد من تقسيم العمل وتنسيق الجهود.
  - **عنصر التخصص:** يتخصص أعضاء الإدارة العليا باتخاذ القرارات و أما الآخرون فيتولون تنفيذها.
  - **عنصر التأثير:** حتى يتمكن التنظيم من تحقيق أهدافه لا بد من التزام الأعضاء بالقرارات المتخذة في المستويات العليا ولذلك يمارس التنظيم مؤثرات معينة كالسلطة وخلق الولاء والاتصال والتدريب ووضع معايير والكفاءة وغيرها.
  - **عنصر التوازن:** إن هدف التنظيم هو تحقيق التوازن بين المغريات التي يقدمها لأعضائه والمساهمات التي يحصل عليها بالمقابل<sup>1</sup>.
- وبهذا قدم سيمون نموذجاً للنسق السلطوي الوظيفي العقلاني بين ممارس السلطة والأتباع في التنظيم وقام من خلاله بتحليل هيكل للجهاز الإداري المنظم، وهذا الهيكل له مجموعة خصائص ومميزات هي كالتالي :

شكل رقم (28) يبين النسق السلطوي نظرية اتخاذ القرار لهيرت سيمون:



ومن أهم خصائص القرارات المتخذة أنها تتسم بالعقلانية والرشد حتى تتحقق أهداف التنظيم ولما نريد من القرارات المتخذة أن تكون رشيدة فيجب تحديد المشكلة وتحليل الموقف الراهن، وضبط البدائل وتدقيقها، والتفكير في النتائج التي تترتب جراء اختيار البدائل ودراسة هذه النتائج<sup>2</sup>.

1- لوكيا الهاشمي، مرجع سابق، ص ص 98-100.

2- رابع كعباش مرجع سابق، ص 147.

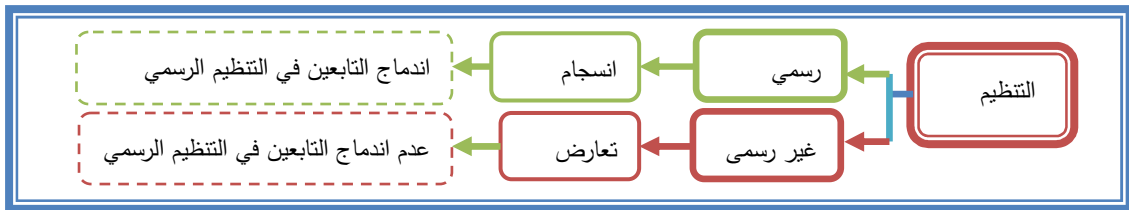
### 3- نظرية التناقض بين الفرد والتنظيم الرسمي كريس أرجيريس:

تعتمد نظرية كريس أرجيريس من خلال كتابه - الشخصية والتنظيم على إمكانية التنبؤ بالسلوك الإنساني والقدرة على تفسير الأنماط المختلفة في حقول التنظيم ، في ضوء التركيز على عاملين أساسيين هما:

- العامل - التابع- باعتباره الحقل الرئيسي في ميدان الأثر التنظيمي للسلوك القائم.
- التنظيم الرسمي والقواعد التنظيمية التي تتحكم في علاقات الأفراد والجماعات العاملة في المنظمة.<sup>1</sup>

لاحظ كريس أرجيريس أن وجود التنظيم غير رسمي في أي تنظيم يعتبر وسيلة أساسية لحماية التابعين لسلطة - العاملين- من الانفجار أو الانهيار نتيجة الضغط المسلط عليه من قبل التنظيم الرسمي أي ممارسي السلطة في التنظيم. إذن فالتنظيم الغير رسمي بالنسبة إليه ضروري لأنه يساعد على خلق التوازن المطلوب بين التابعين وممارسي السلطة.<sup>2</sup>

#### شكل رقم (29) يبين أنواع السلطة في المؤسسة وفق منظور كريس أرجيريس:



المصدر: من إعداد الباحثة

إذاً فالفكرة الأساسية لنظرية أرجيريس تدور حول مفهوم مؤداه أن النظرية الكلاسيكية مقبولة بشرط تعديلها بشكل يخفف معه أثارها السلبية على التابعين لسلطة وإزالة التعارض بينه وبين مالك السلطة، وبالتالي تحقيق التقارب بينهما بدل الصراع .

من خلال مؤلفاته "اندماج الفرد في التنظيم" اقترح تشكيل إدارة بالمشاركة وتوسيع مجال عمل التابعين كوسيلة للخروج من هذا الطريق المسدود ، لأن وحسب هذا الاقتراح فإن التابعين للسلطة هم سبب كل فشل يتعرض له التنظيم الذي لا يولي الاهتمام اللازم لفعالية الدور الذي يحتله التابعين داخل أي تنظيم، لذلك اعتبر أن التغلب على هذا الإشكال يكمن فقط في إشراك التابعين في أي توجه ترغب الإدارة السير فيه، وذلك عن طريق توسيع دائرة الاتصال والمشاورة من أجل زيادة درجة التفاعل الايجابي بين الطرفين ،وقد حدد أرجيريس متغيرات لتنظيم مرغوب فيه وهي:

<sup>1</sup>- لو كيا الهاشمي، مرجع سابق ، ص86.

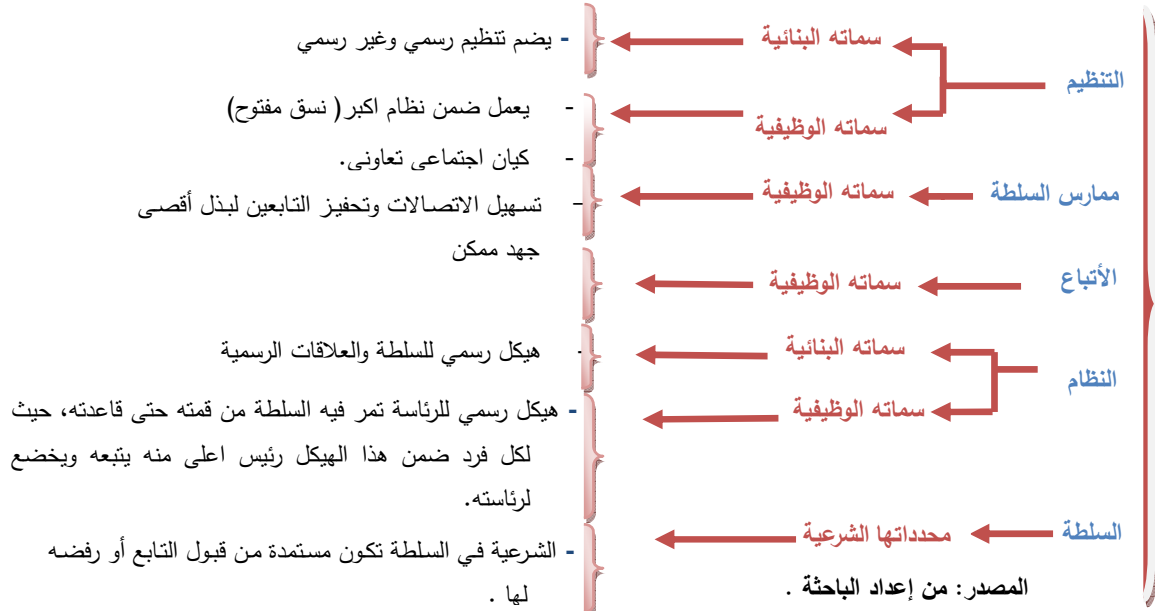
<sup>2</sup>- صالح بن نوار ، مرجع سابق، ص 177.

- \_ إن الكيان الكلي يرجع إلى تساند الأجزاء وقدرتها على مراقبته ،بمعنى أن كل جزء في التنظيم يتمتع بدرجة معينة من التأثير في غيره.
- \_ الوعي بوجود نمط الأجزاء، أي إدراك الكيان الكلي بوجود الأجزاء يعتبر مهما في حد ذاته،لأنه يؤدي إلى الاعتراف به ومن ثم الاهتمام به ككيان واقعي.
- \_ المشاركة في الأنشطة الداخلية ، أي أن التنظيم لايمكن أن يكون مبنيا على أساس السلطة الرأسية الآلية<sup>1</sup>.

#### 4- شيستر برنارد:

لقد نظر بارنارد إلى التنظيم باعتباره كيان- نظام- اجتماعي تعاوني ،وان التعاون بين ممارس السلطة والتابعين هو السبيل الرئيسي لتحقيق النجاح للفاعلين والمنظمة ،وان هذا التعاون لا يتم بدون الاتصال وتبادل المعلومات بين ممارس السلطة والتابعين بصورة مستمرة ، ويجب الاهتمام بكليهما لتحقيق حالة من التوازن ، وان الاهتمام بأحدهما فقط دون الآخر لن يمكن التنظيم من تحقيق نتائج مثلى<sup>2</sup>، وبهذا قدم شيستر بارنارد نموذجا للنسق السلطوي الوظيفي العقلاني بين ممارس السلطة والأتباع في التنظيم وقام من خلاله بتحليل هيكل للجهاز الإداري المنظم ،وهذا الهيكل له مجموعة خصائص ومميزات كالآتي :

#### شكل رقم(30) يبين النسق السلطوي الوظيفي وفق منطلقات شيستر بارنارد:



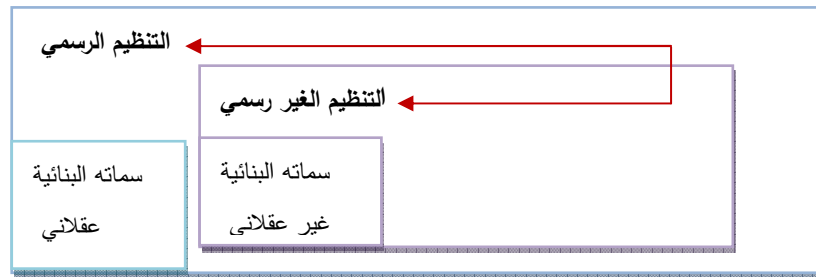
<sup>1</sup>- صالح بن نوار ، المرجع السابق، ص179.

<sup>2</sup>- حسين حرير، مرجع سابق ، ص 63.

وبهذا فان شيلستر برنارد اعتبر التنظيم كيان اجتماعي يتطلب نجاحه درجات عالية من التعاون من قبل ممارسي السلطة مع التابعين وليس فقط استخدام ممارس السلطة لسلطانه الرسمية وحقه في إصدار الأوامر وفرض العقوبات ، كما دعى شيلستر برنارد إلى ضرورة تنمية شعور الارتباط بالتنظيم لدى التابعين عن طريق مشاركتهم في صنع بعض القرارات ومناقشة أهداف المنظمة وفسح المجال للتعبير عن حاجاتهم النفسية والاجتماعية، ودعوة برنارد شيلستر هذه نابعة من إدراكه لأهمية السلوك الفردي ومدى تأثيره في أي تنظيم ،وعليه يتوجب على ممارسي السلطة إيجاد السبل الكفيلة لحث الفرد على التعاون، و إلا فان التنظيم لن يستطيع تحقيق أهدافه والاستمرار في عمله.

كما اهتم شيلستر برنارد بالتنظيم الرسمي والتنظيم الغير رسمي، ويذكر أنه في كل تنظيم رسمي يوجد تنظيم غير رسمي والفرق بين الأول والثاني هو أن الأول عقلاني ومحدد عقلانيا بينما الثاني غير عقلاني والعلاقة بينهما متينة، فالتنظيم الرسمي غالباً ما يحدد التنظيم الغير رسمي. كما أن التنظيم الرسمي يخلق تنظيمًا غير رسميًا فلا يمكن وجود الواحد دون الأخرى، ويرى شيلستر برنارد أنه إذا كان التنظيم غير الرسمي يعمل في اتجاهات مخالفة لاتجاهات التنظيم الرسمي فان مصير التنظيم الفشل ويجب أن لا يفهم أن التنظيم الغير رسمي غير مفيد فهو حسب برنارد وسيلة لحفظ الأفراد في ضوء التنظيم الرسمي وبدونه يحدث اختلال في الشخصية نتيجة الصبغة الرسمية المفروضة في التنظيم.<sup>1</sup>

### شكل رقم(31) يبين أنواع التنظيمات وفق منطلقات شيلستر برنارد:



المصدر : من إعداد الباحثة.

### III. السلطة التنظيمية في المدخل البنائي الوظيفي :

سوف نتناول هنا النظريات البنائية الوظيفية لتقدير إسهاماتها المختلفة في تناول وتحليل التنظيمات، وقد برزت هذه النظريات كاستجابة منطقية ورد فعل حتمي لشيوع ورواج النظريات الكلاسيكية

<sup>1</sup> - حسين حريم، مرجع سابق ، ص64.

في الإدارة والتنظيم ونظريات البعد الواحد لأنها عجزت عن معالجة المشكلات التنظيمية القائمة في التنظيمات الرأسمالية في ذلك الوقت.<sup>1</sup>

وهكذا نجد إن الاتجاه البنائي الوظيفي ركز على دراسة وتحليل التنظيمات نظريا وتطبيقيا . وكذلك أخذ البنائيون النموذج المثالي الفيبري لتوسيع رؤيتهم ومداركهم وذلك من خلال الجوانب التي أغفلها هذا النموذج فوجهوا اهتمامهم نحو البحث والكشف عن ظاهرة التحول البيروقراطي وفهم معرفة النتائج الغير العقلانية الأخرى فيه. وهكذا كانت تحليلات فيبر احد العوامل المساهمة في وضع الفروض النظرية التنظيمية للوظيفية ومحاولة اختبارها ميدانيا بواسطة دراسات امبريقية.<sup>2</sup>

### 1- تالكوت بارسونز:

إن أهم شيء أضافه بارسونز لنظرية التنظيم ، هو تصوره لظاهرة التنظيم على أنها نسقا اجتماعيا يضم مجموعة من الأنساق الفرعية المختلفة كالجماعات والأقسام والإدارات..،وان التنظيم في حد ذاته ماهو إنسقا فرعيا لنسق أكبر وأشمل منه وهو المجتمع. إضافة إلى هذا، فقد حلل بارسونز التنظيم من وجهة نظر ثقافية نظامية مؤكداً على التوجيهات القيمة السائدة - أو التي تحتويها- التنظيمات المختلفة، لأنه حسب رأيه أن القيم السائدة هذه هي التي تمنح أهداف التنظيمات طابعا شرعيا، وماالتنظيم - كنسق فرعي- إلا منفذا للمتطلبات الوظيفية التي يسعى النسق الأكبر ( المجتمع) إلى تحقيقها، وبذلك فلا تعارض عند بارسونز بين القيم السائدة .

إضافة إلى ماذكر من أفكارنجده من جهة أخرى يقدم نموذجا جديدا لفهم التنظيمات يقوم على فكرة التوازن، ولقد بدا أولا بتحديد بمفهوم التنظيمات التي نظر إليها على أساس أنها أنساقاً اجتماعية طبيعية والتي تتكون حسب رايه من:

- وحدات فرعية ( أقسام ،وظائف،جماعات مهنية) وفي نفس الوقت عبارة وحدات فرعية داخل نسق اجتماعي اكبر .

- تعتبر التنظيمات أوجه نشاط رسمية موجهة نحو انجاز هدف محدد.

- التنظيمات انساق فرعية توجد في بيئة .

وإذا مأمعنا النظر في الإطار الذي قدمه بارسونز لدراسة التنظيم،لاحظنا انه يؤكد بصفة خاصة على مسألة التوازن والتكامل في التنظيم.وذلك بين الأنساق الفرعية بعضها ببعض- الإدارة بالوظيفة مثلا،

<sup>1</sup>- رابح كعباش، مرجع سابق ، ص 155.

<sup>2</sup>- المرجع نفسه، ص 157.

تقسيم العمل بالمؤهلات الفردية- وبينها وبين النسق الاجتماعي العام- العلاقات الصناعية داخل التنظيم بالقيم السائدة في المجتمع- وكذا اهتمامه بالوسائل التي يمكنها تحقيق هذا التوازن.

وهذا أمر طبيعي طالما أن بارسونز قد سعى منذ البداية إلى تفسير بقاء الأنساق الاجتماعية واستمرارها، ولقد أدى هذا التأكيد إلى إغفال بعدي التغير والصراع في التنظيم، حيث تمت معالجتها بالطريقة التي تتسق مع تأكيد المظاهر التكاملية. ولهذا نجد بارسونز يميز بين نوعين من التحليل الأول هو تحليل التوازن كما يبدو في النسق، و الثاني تحليل التغيير من خلال منظور التوازن .

وفي هذه التفرقة أوضح بارسونز أن هناك مصدرين للتغيير في التنظيم وهو ما المصدرين المؤثرين

في السلطة :

- الأول يتم من الخارج حينما تمارس البيئة ضغوطا على التنظيم.

- الثاني يتم من الداخل حينما تنشأ هذه الضغوط من داخل التنظيم ذاته، وحينها ينشأ هذان الضريان من الضغوط يتعين على التنظيم أن يواجهها ويتكيف معها إذا ما أراد أن يحقق أقصى درجات الفعالية.<sup>1</sup>

مما سبق نستنتج أن بارسونز فقد حدد بناءات السلطة كأداة ضبط وتحكم تركز على قيمة القواعد المعيارية الرسمية، كميكانيزم يستخدم للضبط والتحكم وضرورة امتثال وطاعة الأفراد للقواعد وفق شرعيتها.

فالتنظيمات الحديثة في ممارستها للضبط تنهج نهجا رشيدا يتسق مع الأسس التلاؤمية ، التي تعتمد على المنافسة والإقناع أكثر من اعتمادها على الإصدار المطلق للأوامر والتعليمات ، لتتبلور كتخطيط عقلائي أو رشيد لما هو غير عقلائي<sup>2</sup>.

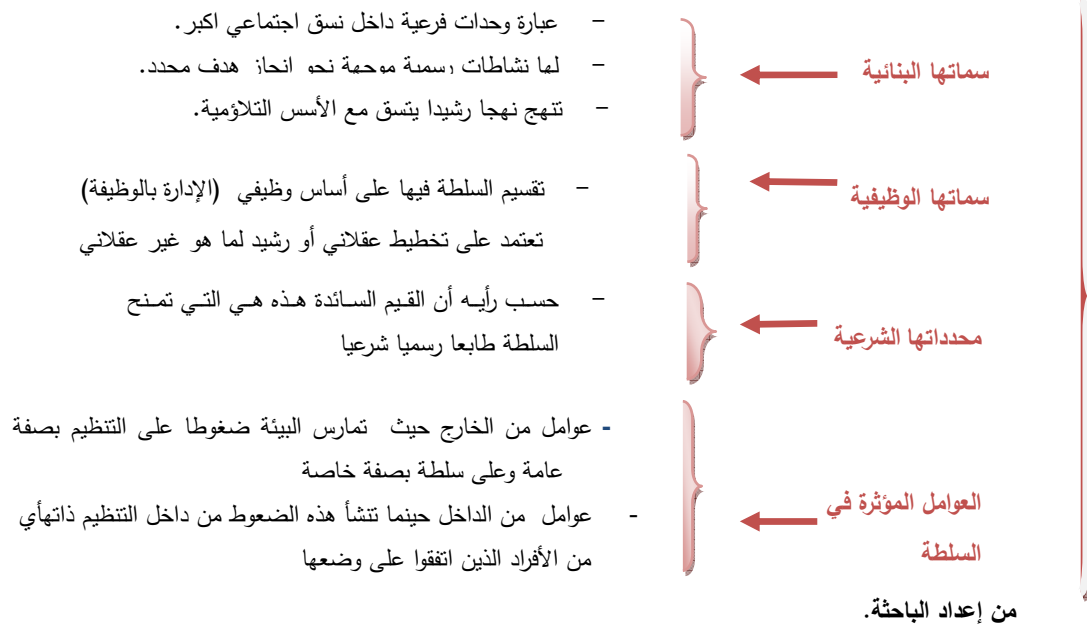
بارسونز في أن السلطة في التنظيم رأسية يكون المستوى الأعلى فيه مكونا من مديرين ومسيرين وظيفتهم التخطيط ووضع السياسات وإدارة بيئة التنظيم ، أما المستوى الإداري المتوسط وظيفته محاولة تحقيق وتنفيذ المهام المطلوبة وتكون القاعدة في عزلة عن البيئة ، وفي هذا السياق يرى بارسونز أنه يتعين على المستوى الأعلى أن يكون مفتوحا على البيئة حتى يضمن النجاح ويجب حجب القاعدة الفنية

<sup>1</sup>- صالح بن نوار، فعالية التنظيم في المؤسسات الاقتصادية، مرجع سابق، ص ص 159-160.

<sup>2</sup>- بلوم اسمهان، مرجع سابق، ص 21.

عن البيئة وحمايتها منها، إذا كان الهدف هو الكفاءة والفعالية<sup>1</sup>، ويمكن تلخيص منظور بارسونز لسلطة في الشكل الموالي :

شكل رقم (32) يبين منظور بارسونز لسلطة في المؤسسة:



1- السلطة البيروقراطية عند جولدنر:

ذهب فيبر إلى أن فاعلية السلطة القانونية تتوقف على طريقة وضع القواعد القانونية بالاتفاق أو بالإجبار أو بكليهما على أساس أن هذه القواعد تتفق مع القيم القانونية الرشيدة .

وقد حاول (الفن جولدنر) اختيار بعض متضمنات نظرية فيبر واقعياً، وأورد نتائج هذا الاختيار في كتابه (أنماط البيروقراطية في صناعة ، وقد تطرق إلى أن فيبر قد خلط بين نمطين من أنماط السلطة القانونية ووضعها في نمط واحد ، و لم يميز بين القواعد القانونية التي تفرضها السلطة وبين القواعد التي يتم الاتفاق عليها بين مالك السلطة والتابعين ، على الرغم من أن طريقة وضع القواعد تؤثر في فاعلية السلطة القانونية ، أو في فاعلية السلطة البيروقراطية كما يسميها جولدنر .

والسلطة البيروقراطية عند جولدنر تتكون من نمطين البيروقراطية النيابية والبيروقراطية العقابية وهي كما يلي:

أ- البيروقراطية النيابية : وفيها توضع القواعد القانونية بالاتفاق بين مالك السلطة والتابعين له وهذا ينعكس على رضا كل من الإدارة والعمال لأنها ترتكز على أسس ديمقراطية ، يلجأ فيها مالك

<sup>1</sup> - همام مالك ، مرجع سابق ، ص 44



السلطة إلى تزويد العاملين فيها بالتعليم والثقافة المخصصة والتدريب، وغالبا ما يرجع الانحراف عن القواعد البيروقراطية النيابية إلى جهل العاملين وعدم إلمامهم بهذه القواعد التي تلقى قبولاً عاماً من جميع الأفراد الذين اتفقوا على وضعها وهذا ما يخفف من حدة التوترات والصراعات بينهما .

ب- البيروقراطية العقابية أو الجزائية : وفيها يتم فرض القواعد على الأفراد ، أي أن السلطة فيها تستند على النمط البيروقراطية الذي يستمد شرعيته من جانب واحد فقط هو الإدارة، وهذا النمط من القواعد قد ينطوي على وجود بعض المعوقات الوظيفية أو الصراعات لأن القيم المستمدة إليه لا تلقى قبولاً من كل عضو في التنظيم.<sup>1</sup>

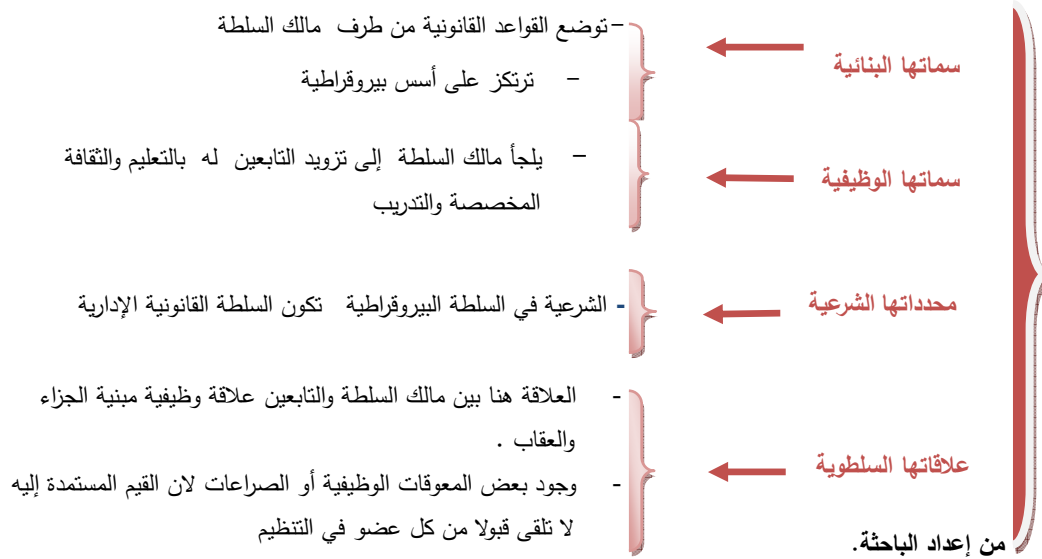
### شكل رقم (33) يبين البيروقراطية(السلطة القانونية)النيابية عند جولدنر:



المصدر: من إعداد الباحثة .

<sup>1</sup> - طلعت لطفي إبراهيم، علم الاجتماع التنظيم، مرجع سابق ، ص ص 107-108.

شكل رقم(34) يبين البيروقراطية العقابية (السلطة القانونية) عند جولدنر:



2- تفويض السلطة عند سلزنيك:

استخلص سلزنيك من دراساته الميدانية للتنظيم أنه يضم سلطتين سلطة رسمية وسلطة غير رسمية، وهذه الأخيرة تقوم بتغيير وتعديل الأهداف التنظيمية المسطرة بواسطة القيام بعمليات محددة داخله.<sup>1</sup>

يرى فيليب سلزنيك أن المنظمة هي في حاجة دائمة إلى تفويض السلطة للأنساق الفرعية داخل التنظيم، نظرا لتعدد مهام الإدارة وتعدد مسؤولياتها ، ويرى أن هناك حاجات مختلفة للأنساق تسعى إلى إشباعها وبالتالي فالأنساق الفرعية تقاوم وتعارض كل الأمور التي لا تخدم أغراضها الخاصة،<sup>2</sup> وهذا ما قد يؤدي بالتنظيم إلى الصراع والتنافس الشديد والاختلاف بين الجماعات الفرعية ولهذا فهو ينصح بالتحكم في الصراع أو التخلص منه والتجسيد النظامي للهدف والدفاع عن التكامل النظامي داخل التنظيم<sup>3</sup>، عن طريق إشراك الجماعات التي تشكل تهديدا للتنظيم في إدارتهم أولوية الانحياز إلى جانب التنظيم ، ولكنه كشف أن هذه الإستراتيجية قد تخلق بطبيعتها مشكلات أخرى تتعلق بالجانب الشرعي للتنظيم.<sup>4</sup>

نستنتج مما سبق: أن سلزنيك حاول تفسير سلوك الفاعلين الاجتماعيين في المنظمة في ضوء دافعية مالك السلطة و التابعين أو بإرجاع هذه الدافعية إلى حاجات مالك السلطة و التابعين ، ويؤكد سيلزك انه يجب أن نحلل السلوك التنظيمي في ضوء مدى استجابة وتلبية التنظيم لحاجات مالك السلطة و التابعين .

<sup>1</sup> - رابح كعباش ، مرجع سابق، ص 182

<sup>2</sup> - طلعت لطفى إبراهيم، علم الاجتماع التنظيم، مرجع سابق ، ص 114

<sup>3</sup> - رابح كعباش ، مرجع سابق، ص 183

<sup>4</sup> - طلعت إبراهيم لطفى، مرجع سابق، 115

وفي اعتقاده أن هذا التفويض في السلطة قد يؤدي إلى نتائج وظيفية ونتائج لوظيفية نوجزها في الجدول التالي :

جدول رقم(09) يبين الجوانب الوظيفية و الاوظيفية لتفويض السلطة في التنظيم من منظور

سلزنيك:

الجوانب الوظيفية	الجوانب الاوظيفية
مشاركة التابعين لسلطة في اتخاذ القرار	تعدد مراكز اتخاذ القرار الذي يؤدي إلى التخلي عن مبدأ تحمل المسؤولية
التقليل من احتمال حدوث ملل وروتين لدى التابعين (العمال)	كثرة المستويات التنظيمية
تدريب وتكوين التابعين على اتخاذ القرار وتحمل المسؤولية وتوزيعها وتقاسمها وتوزيعها إلى خلق جو من الديمقراطية التنظيمية بين أعضاء التنظيم	استبدال الأهداف الأساسية بالأهداف الفرعية بروز ابيولوجية ثانوية في التنظيم مما يؤدي إلى خلق صراع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:( همام مالك، مرجع سابق، ص 45).

### 3- تطور علاقات السلطة عند ميلر وفورم:

يرى العالمان ((ميلر، وفورم)) أن علاقات السلطة تتطور داخل التنظيمات بحيث يتم التحول تدريجيا طبقا لعدة مراحل تبدأ من مرحلة العلاقات الاستبدادية إلى مرحلة العلاقات القانونية، ثم مرحلة الوقوف على اتجاه العاملين وبعد ذلك تأتي مرحلة الديمقراطية في اتخاذ القرارات حتى نصل في النهاية إلى مرحلة الإدارة المشتركة ، ويذكر العالمان أن كل مرحلة من مراحل تطور علاقات السلطة السالفة الذكر تتطلب مزيدا من التعليم والخبرة والقدرة على تحمل المسؤولية عند كل من الإدارة والعمال.

1- العلاقات الاستبدادية: في هذه المرحلة تقوم الإدارة وحدها باتخاذ القرارات المتعلقة بشؤون العمل باعتبارها مالكة السلطة ، أما التابعين فلا يشاركون في اتخاذ القرارات ، ويقومون بتنفيذها فقط ، وليس لهم حق المناقشة أو المعارضة أو تبادل وجهات النظر مع مالك السلطة ، وقد ترتب على ذلك أن أصبح التابعين لا يرتبطون إلا بعقد عمل يحدد واجباتهم وحقوقهم فهم يقدمون عملهم للمشروع نظير الأجر.

2- مرحلة العلاقات القانونية: في هذه المرحلة يقوم التابعين بالتقدم بالشكاوى والالتماسات التي تقبلها الإدارة باعتبارها ملكة السلطة وتعمل على حل مشكلاتهم وفقا لنظام المقرر، وقد يتدرج الموقف بين مالك السلطة و التابعين لها ، بحيث يقوم كل من الطرفين بالتفاوض مع الطرف الآخر ، وقد تقوم الإدارة بالتفاوض مباشرة مع التابعين أو مع ممثلين لهم.

ومن العلماء من يفضل تسمية هذه المرحلة بمرحلة المساومة الجمعية على اعتبار أنها أفضل الوسائل لحماية المصالح والحقوق<sup>1</sup>.

3- **مرحلة الوقوف على اتجاهات العاملين** : شهدت علاقات السلطة تطوراً في هذه المرحلة في خضم طلب مالك السلطة من التابعين تقديم مجموعة من المعلومات المتعلقة بوضعهم وحياتهم المهنية وفي هذا الإطار قد يستجيب العمال ويقدموا هذه المعلومات وقد يمتنعون عن تقديمها، رغم أن مالك السلطة يستعين بها للوقوف على اتجاهات التابعين والاسترشاد بها عند اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤون التابعين وحياتهم المهنية<sup>2</sup>.

4- **مرحلة الديمقراطية في اتخاذ القرارات** : تبدأ هذه المرحلة منذ قيام مالك السلطة بالتشاور مع التابعين في المسائل المختلفة المتعلقة بشؤون العمل، وتدرج هذه المرحلة من التشاور المشترك بينهما في المسائل البسيطة (مثل تحسين ظروف العمل) إلى التشاور بينهما في المسائل الهامة (مثل الأجور وساعات العمل والتغيرات الفنية) ، وتعتبر هذه المرحلة خطوة هامة نحو تحقيق الديمقراطية داخل التنظيمات ، نظراً لأن الاستشارة المشتركة بين مالك السلطة و التابعين لإبداء رأيهم في كثير من المسائل التي تؤثر في حياتهم العملية.

5- **مرحلة الإدارة المشتركة**: وتمثل هذه المرحلة آخر مراحل تطور العلاقات السلطة داخل التنظيمات بوجه عام ، وفي هذه المرحلة يقوم مالك السلطة بمناقشة التابعين له في كل ما يتعلق بميزانية ونشاط المشروع كما أنها تعرض على العاملين تمثيلهم في مجلس الإدارة بالإضافة إلى أنها قد تتيح لهم فرصة كبيرة للاشتراك في ملكية المشروع وإدارته.

ويرى ((ميلر))و ((فورم)) أن كل مرحلة من هذه المراحل الخمس السالفة الذكر تتطلب مزيداً من التعلم والخبرة والقدرة على تحمل المسؤولية عند كل من مالك السلطة وتابعين له.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>- طلعت لطفي إبراهيم، علم الاجتماع التنظيم، مرجع سابق ، ص 66-67.

<sup>2</sup>- بلوم اسمهان، مرجع سابق، ص 58.

<sup>3</sup>- طلعت ابراهيم لطفي، مرجع سابق، ص 67-68.

جدول رقم(10) يبين العلاقات السلطوية عند ميلر وفورم:

المرحلة	السمات البنائية والوظيفية لمالك السلطة	السمات البنائية والوظيفية لتابع لسلطة	السمات البنائية والوظيفية لنوع العلاقة
الاستبدادية	السمات البنائية: يطاع لممارس السلطة تجنباً للعقاب والمسائلة السمات الوظيفية: تنفيذ القرارات.	السمات البنائية: علاقة استبدادية مركزية رسمية . السمات الوظيفية: - استبداد مالك السلطة وتفرد باتخاذ القرار . - يتم استخدام أسلوب الجزاء والعقاب والمسائلة. - الاتصال يكون في اتجاه واحد وهو اتصال النازل. - ليس لتابعين حق المناقشة أو المعارضة أو تبادل وجهات	السمات البنائية: يؤثر في سلوك تابعين له من خلال القوة التي يعطيها له موقعة ومركزه الوظيفي عن طريق التلويح بالعقوبة . السمات الوظيفية: اتخاذ القرارات
القانونية	السمات البنائية: طاعة ممارس السلطة وفقاً لما هو منصوص عليه في القوانين والمراسيم الإدارية. السمات الوظيفية: تنفيذ القرارات مع الحق في المناقشة وتقديم الشكاوي وإعطاء الاقتراحات.	السمات البنائية: علاقة مركزية ذات طابع رسمي أكثر منه غير رسمي . السمات الوظيفية : - تقوم العلاقة هنا على المفاوضة بين مالك السلطة والتابعين. - الاتصال هنا يكون في اتجاهين نازل وصاعد. - لتابعين حق المناقشة وتقديم الشكاوي يقوم بحلها عن طريق التفاوض ولكن القرار لمالك السلطة .	السمات البنائية: يهتم بالعمل أكثر من العلاقات مع الأفراد، يتبع حرفياً التعليمات والقواعد واللوائح. السمات الوظيفية: اتخاذ القرارات
العاملة	السمات البنائية: يطاع ممارس السلطة وفقاً لما هو منصوص عليه في القوانين والمراسيم الإدارية ، وكذلك كنوع من الاستحسان. السمات الوظيفية: تنفيذ القرارات، مع الحق تقديم مجموعة من المعلومات المتعلقة بوضعهم وحياتهم المهنية.	السمات البنائية: علاقة مركزية ذات طابع رسمي أكثر منه غير رسمي. السمات الوظيفية: - مالك السلطة يستعين بتابعين عند اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤونهم وحياتهم المهنية. - الاتصال هنا يكون في اتجاهين نازل وصاعد	السمات البنائية: يثق في الأفراد ويعمل على تنمية مهاراتهم، ويهيئ مناخ العمل المؤدي لتحقيق أعلى درجات الإشباع لدوافع العاملين. السمات الوظيفية: اتخاذ القرارات
الديمقراطية	السمات البنائية: يطاع ممارس السلطة وفقاً لما هو منصوص عليه في القوانين والمراسيم الإدارية وكذلك كنوع من الاستحسان. السمات الوظيفية: تنفيذ القرارات، مع الحق المشاورة.	السمات البنائية: علاقة ذات طابع رسمي و غير رسمي مركزي يكاد يكون متساو التمثيل في المنظمة . السمات الوظيفية: - التشاور مع التابعين في المسائل المختلفة المتعلقة بشؤون العمل. - الاتصال هنا يكون في اتجاهين نازل وصاعد.	السمات البنائية: يشاور ويشرك تابعيه في عملية صنع القرارات ورسم الأهداف وتنفيذ الأعمال ويتشارك معهم في أداء العمل. السمات الوظيفية: اتخاذ القرارات
الإدارة بالمشاركة	السمات البنائية: ويسعون بشكل تضامني مع مالك السلطة لتحقيق أهداف المؤسسة. السمات الوظيفية: اتخاذ القرارات والعمل على تطبيقها.	السمات البنائية: علاقة قانونية ذات طابع رسمي و غير رسمي متساو التمثيل في المنظمة وسلطة هنا تأخذ طابع اللامركزي . السمات الوظيفية: - يقوم مالك السلطة بمناقشة التابعين له في كل ما يتعلق بميزانية ونشاط المشروع. - كما أنها تعرض على العاملين تمثيلهم في مجلس الإدارة. - قد تتيح لهم فرصة كبيرة للاشتراك في ملكية المشروع وإدارته.	السمات البنائية: يعمل على كسب طاعة وولاء مرؤوسيه يخلق مناخ يساعد على ذلك، ترتكز فاعليته في قدرته على دفع العاملين لأداء ما يرغب دون مقاومة. السمات الوظيفية: اتخاذ القرارات والعمل على تطبيقها.

المصدر: من إعداد الباحثة.

- الفصل الثالث: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية

أولاً- تعريف جودة الخدمات الصحية

1. تعريف الجودة

II. تعرف الخدمات الصحية

III. تعريف جودة الخدمات الصحية

ثانياً- ماهية جودة الخدمات الصحية

1. أنواع الخدمات الصحية

II. أبعاد جودة الخدمات الصحية

III. طرق قياس جودة الخدمات الصحية

ثالثاً- دراسة سوسيونظرية للمؤسسة الاستشفائية

1. تعريف و تصنيف المستشفيات

II. العوامل المؤثرة على النظام الصحي في المؤسسة الاستشفائية

III. العلاقات السلطوية في المؤسسة الاستشفائية

## أولاً- تعريف جودة الخدمات الصحية :

## 1. تعريف الجودة:

لقد تعددت التعاريف الخاصة بالجودة، ولهذا من الصعب أن نجد تعريفاً بسيطاً شاملاً بسبب تعدد جوانبها، فمنهم من يرى بأنها تعني التفوق أو التميز، ومنهم من يرى بأنها تعني التخلص من العيوب في المنتج أو الخدمة، ومنهم كذلك من يرى بأنها مسألة مرتبطة بخصائص المنتج أو السعر، وسيظهر ذلك بشكل جلياً من خلال مجموعة من التعاريف التي سنعرضها فيما يلي:

- إذا نظرنا لمعنى الجودة في اللغة أصلها من الجود والجيد نقيض الرديء أما الجودة اصطلاحاً

فهي كلمة مشتقة من الكلمة اليونانية Qualities و يقصد بها طبيعة الشيء ودرجة صلابته.<sup>1</sup>

- يرى قارن أن الجودة مفهوم نسبي يختلف في سياقات الزمن والمكان واقترح في تعريفه مجموعة

من المعايير هي كآلاتي: أن يكون متميز ومتفوق ، على أساس المنتج أن يكون مرغوب فيه، على

أساس المستخدم أن يكون ملائم للاستعمال، على أساس التصنيع أن يكون مطابق للمواصفات، على

أساس القيمة أن يكون ذا ثمن وتكلفة مناسبة..... إن الجودة فلسفة متعددة الأبعاد تقوم على مبدأ

المنافسة للوصول إلى الربح.<sup>2</sup>

- عرف "J.M.Juran" وزميله الجودة على أنها: "مدى ملائمة المنتج للاستعمال ، فالمعيار

الأساسي للحكم علي الجودة هل هو ملائم للاستعمال أم غير ملائم بغض النظر عن وضع وحالة

المنتج".

- عرف "عمر وصفي" الجودة بمعناه الواسع بأنها: "إنتاج سلعة أو تقديم خدمة بمستوى عالي من

الجودة المتميزة تكون قادرة من خلالها على الوفاء باحتياجات ورغبات عملائها، بالشكل الذي يتفق مع

توقعاتهم وتحقيق الرضا والسعادة لديهم ويتم ذلك من خلال مقاييس موضوعة سلفاً لإنتاج السلعة أو تقديم

الخدمة وإيجاد صفة التميز فيهما".<sup>3</sup>

- عرف "معهد الفيدرالي الأمريكي" الجودة بأنها: "أداء العمل الصحيح وبشكل صحيح من المرة

الأولى، مع الاعتماد على تقييم المستفيد في معرفة مدى تحسن الأداء".

1- مهدي السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير لنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 27.

2- Jens G.Dahlgard.Kai kristensen and Gopal K.Kanji. Fundamentals of Total Quality Management.Taylor Francis.2002.p12-13.

3- محفوظ احمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل لنشر والتوزيع ، الأردن، 2003، ص ص20،19.

- عرف "معهد المقاييس القومي الأمريكي" الجودة بأنها: "مجموعة الخصائص والصفات الخاصة بالمنتج أو الخدمة التي تؤثر قابليتها على إرضاء الزبون المحددة والواضحة".

- "قاموس وبسرت Webster" يعرفها على أنها: "صفة أو درجة تفوق يمتلكها شيء ما، كما تعني درجة الامتياز لنوعية معينة من الخدمة أو المنتج".

- "جوران Jurran" يعرفها بأنها: "مواصفة المنتج للاستعمال ودقته لمتطلبات العميل وذلك لما للجودة من أهمية في التصميم والانتفاع و الميسورية التي تهيئ المستلزمات الضرورية للعمل ، بما يحقق الأمان للعاملين عند مزاولتهم لأعمالهم بشكل دقيق، إضافة إلى أن للزبون دور في وضع المواصفات الخاصة بجودة المنتج ودرجة ملائمته للاستعمال الذي وضع في من اجله وما يطمح أن يكون عليه المنتج".<sup>1</sup>

من خلال التعاريف السابقة نجد أن كل تعريف ركز على جانب معين فمنها من ركز على الزبون وضرورة إشباع حاجياته، ومنهم من ركز على الخصائص والصفات التي يجب توفرها في الخدمة، ومنهم من ركز على الصفات الخدمة وكذلك صفات المنتج وأداءه أي أن الخدمة هنا مرهونة بتوقعات مستهلك المنتج أو متلقي الخدمة ومن هنا نلاحظ بان الجودة نسبية لأنها متعلقة بتوقع المتلقي بل وتتجاوز ذلك إلى طبيعة المجتمع ويحكمها مبدأ المنافسة وهي غاية وهدف أي منظمة.

وبالتالي فالجودة مفهوم نسبي له مجموعة من الخصائص والمميزات البنائية والوظيفية التي تنطوي عليها سلعة معينة والتي تخدم حاجات المتلقي وتكون حسب توقعاته.

## II. تعريف الخدمات الصحية :

### 1- تعريف الخدمة:

انه من الصعب إعطاء تعريف محدد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد، والخدمات لا تتعدد عن هذا المضمون لذلك يمكن إيراد مجموعة من التعاريف إلا أن كل واحد منها يعطي اتجاها محددًا وان كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم في بعض الأحيان.

1- مهدي السامرائي، مرجع سابق، ص ص 27-29.



- عرفت الخدمة حسب "الجمعية الأمريكية" على أنها: "النشاطات أو المنافع التي تتعرض للبيع لارتباطها بسلعة معينة".<sup>1</sup>
- عرف "Gonroos" الخدمة بأنها: "أي نشاط أو سلسلة من النشاطات ذات طبيعة غير ملموسة في العادة ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك وموظفي الخدمة أو الموارد المادية أو السلع أو الأنظمة والتي يتم تقديمها كحلول لمشاكل العميل".<sup>2</sup>
- أما "كوتلر و أرم مسترونغ" فقد عرفا الخدمة بأنها: "نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف آخر وتكون في الأساس غير ملموسة أو غير محسوسة و لا يترتب عليها أية ملكية فتقديم الخدمة قد يكون مرتبطا بمنتج مادي أو لا يكون".<sup>3</sup>
- كما عرفت على أنها: "أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف ما إلى طرف آخر ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك وان إنتاجه قد يكون مرتبطا بإنتاج مادي أو قد لا يكون".<sup>4</sup>
- كما عرفها "فوس ونورمان وزملاؤه" أنها: "عبارة عن تفاعل اجتماعي بين مجهر الخدمة والزيون يهدف هذا التفاعل إلى تحقيق الكفاءة لكليهما".<sup>5</sup>
- ركزت كل المفاهيم السابقة على أن الخدمة تتم من خلال طرفين المنتج والزيون لكن في الحقيقة لا يحدث ذلك بمعزل عن عناصر أخرى يتطلبها انجاز الخدمة وتدعي بمثلث الخدمة وهي كما يلي:
- الاستراتيجية والنظام: الاستراتيجية هي الفلسفة التي تكون كمرشد لإدارة المنظمة، أما النظام فنقصد به النظام المادي والإجراءات التي تستخدمها المنظمة في إنتاج الخدمة.
- العاملون: وهم الأفراد العاملون في إنتاج الخدمة في المنظمة
- الزيون: وهو مركز المثلث والتي يجب أن تركز الخدمة نحو خدمة حاجاته.<sup>6</sup>
- ومن التعاريف السابقة نستنتج أن الخدمة عبارة عن نشاط أو أداء غير ملموس قد يكون مرتبط بمنتج مادي أو لا يكون، وعند شراء الخدمة أو عند الانتهاء من الاستفادة منها ليس بالضرورة أن ينتج

1- مليكة غواري ، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية ، دار اليازوري، عمان ، 2016، ص 30.

2- هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، عمان، 2008، ص20 .

3- فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر، الاردن، 2009، ص64 .

4- ثامر ياسر البكري ، ادارة المستشفيات ، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الاردن، 2005، ص 56.

5 - قاسم نايف علوان المحياوي، ادارة الجودة في الخدمات، دار الشروق لنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 52.

6- قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 54.

نقل الملكية، والخدمة ليست مجرد تفاعل بين قطبين هما الخدمة والزيون بل يتدخل فيها عنصر أساسي وهو النظام والاستراتيجية.

وبالتالي فالخدمة علاقة اجتماعية تربط بين طرفين هما الزيون ومقدم الخدمة تتحدد قيمتها البنائية والوظيفية وفق ما تفق عليه طرفي العلاقة وهذا الاتفاق يعتبر القانون المنظم والمسير للعلاقة.

## 2- تعريف الصحة:

الصحة مفهوم نسبي بالنسبة للإنسان، ولقد حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة ولو نظرنا في المعاجم لوجدنا أنها تفسر وتعرف الصحة علي أنها: حالة حسنة أو سوية جسميا وعقليا أو ذهنيا ولكن أيضا بعيدة أو حرة من النشوة والألم أو المرض<sup>1</sup>.

وهي تعني أيضا البرء من كل عيب أو ريب فهو صحيح أي سليم من العيوب ، والإمراض كما عرفها رشوان" بأنها حالة الاكتمال البنائي في الجوانب النفسية والعقلية وحسن الأداء الوظيفي في صورة اتزان ديناميكي يحقق السلامة والنمو من الأمراض وأنواع العجز والإصابات مما يمكنه من التعامل الايجابي في الحياة .<sup>2</sup>

وهناك تعريف سلبي يعتبر الصحة هي غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل، وبالتالي فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين لم يشعروا بالمرض أو لم تبدو عليهم علامات الاعتلال عند الفحص أصحاء ، ولكن هذا التعريف غير دقيق إذا ما قارناه بتعريف منظمة الصحة العالمية على انه: حالة السامية والتحسن الجسمي والاجتماعي والعقلي الكامل وليست مجرد غياب المرض أو العجز، وتعرف الصحة أيضا من الناحية شدتها على أنها تتدرج على طرفين الصحة المثالية والطرف الآخر انعدام الصحة وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة<sup>3</sup> وعلي ذلك تكون درجات الصحة كما يلي هو مبين في الشكل رقم 1 .

1- عبد المهدي بوعانة ، مرجع سابق، ص 26.

2- رشوان عبد المنصف حسن علي، الممارسة المهنية للخدمة الصحية في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية ،2006، ص 33.

3- عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة وصحة المجتمع، دار المعرفة الجامعية، الازارطة،2001، ص ص 17-18.

نستخلص من التعاريف السابقة حول مفهوم الصحة أنها تعني انعدام المرض العضوي أو العجز، وقدرة الإنسان على التفاعل الاجتماعي بحيث يكون فردا منتجا ومنتما للمجتمع، بالإضافة إلى قدرته على التكيف مع البيئة المحيطة به .

### الشكل رقم (35) يبين درجات الصحة



المصدر: عبد المحي محمود حسن صالح، مرجع سابق ، ص 18.

### 3- الخدمات الصحية:

إن إعطاء تعريف محدد الخدمة الصحية ليس سهلا لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى ولعدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، لذا أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لآراء مختلفة منها:

- "هي مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين، وباستخدام سلع مساعدة، ولكن لا يحول ملكية السلع إلى المستفيد من الخدمة " فمثلا إجراء عملية جراحية وإيواء المريض بالمستشفى بهدف الحصول على العلاج والرعاية الصحية الضرورية للشفاء من مرضه تتطلب دفع الخدمة، ولا يمكنه امتلاك أدوات الجراحة أو السرير أو أي سلعة في المستشفى عند مغادرته.

- هي النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والتي يهدف إلى إشباع رغبات وحاجات المستهلك النهائي، حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة.

- هي مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة، التي تحقق إشباعا ورضا معيناً للمستفيد<sup>1</sup>.

- وتعرف بأنها عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من

1- غواري مليكة ، مرجع سابق ، ص 41-42.

الإمراض المعدية، يتبين من التعريف أعلاه أن الخدمات الصحية هي كل مايو فره القطاع الصحي في الدولة من خدمات سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة.<sup>1</sup>

- الجودة في الخدمات الصحية تعني رعاية صحية للمريض بجودة عالية في المجتمع وتتضمن بعدين رئيسيين هما سلامة المريض وفعالية المعالجة.<sup>2</sup>

من خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف الخدمة الصحية<sup>3</sup> من خلال تقسيمها إلى أقسام:

الأول الخدمات الصحية العلاجية تمثل الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة و تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريريته داخل المستشفيات، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء وهذه الخدمات هي خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من إصابته أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض، بينما يهتم أما القسم الآخر بالخدمات الصحية الوقائية أو ما يمكن أن تطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الفئات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج من سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة ، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة وتمثل على خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية وخدمات رعاية الأمومة والطفولة.<sup>4</sup>

ومن خلال ما سبق نستنتج أن الخدمات الصحية من الناحية الوظيفية تضم ثلاث أنواع وهي الخدمات الصحية العلاجية وخدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة الوقائية وهدفها الوظيفي الأساسي هو معالجة المريض ووقايته وتوعيته.

### III. جودة الخدمات الصحية:

الجودة بصفة عامة مفهوم نسبي يجمع معاني عديدة مختلفة متغيرة و متعددة تتغير بتغير الموضوع الذي تستخدم فيه، ففي بعض الأحيان تشير الجودة إلى التميز أو التفوق أو التفرّد، وفي بعض

1-عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراهبة للنشر والتوزيع، الأردن ، 2011، ص 35.

2- دراسة السابقة. ص 12

3- تعرف كذلك باستعمال لفظ "المنتج الصحي" على أنها : مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والأخرى غير الملموسة والتي تحقق مستوى من الإشباع للمستفيد( عبد القادر ديون ، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية "حالة المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف بورقلة"، مجلة الباحث، العدد 11، 2012، ص 216).

4- طلعت الدرمداش، اقتصاديات الخدمة الصحية، دار الكتب المصرية، مصر، 2006، ص ص 26 -25.

الأحيان يقصد بها مجموعة من الخصائص أو المواصفات الفنية أو الشكلية، وفي كثير من الأحيان تكون الخدمات جيدة متى تم إشباع حاجات و توقعات المستفيد بها ، وفي أحيان أخرى يقصد بالجودة المطابقة للمواصفات القياسية أو المعيارية المهنية فما المقصود إذن بالجودة في المجال الصحي.

بالرغم من الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية<sup>1</sup> ، وشيوع مصطلح الجودة في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة العامة، فإن من الصعب إيجاد تعريف عام لهذا المفهوم يتفق عليه الجميع، ويرجع ذلك في الأساس إلى أن مفهوم الجودة في الخدمات الصحية يخضع لتقدير الأفراد، وباختلاف اهتماماتهم وأولوياتهم وأهدافهم، سنورد هنا مجموعة من التعاريف لجودة خدمات الصحية:

- عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية جودة الخدمات الصحية بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسات ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة"<sup>2</sup>.

- هي أكثر من أن تكون مجرد رعاية طبيب وان أنظمة الرعاية الطبية لا تحتاج ان تعطي اهتماما بالمعالجة الطبية فقط بل أيضا سلسلة من العوامل العاطفية والمعرفية والاجتماعية.

- تعرف الرعاية الصحية بأنها هي تلك التي تمارس وتدرس من قبل قادة مهنة الطب في فترة معينة من التطور الاجتماعي والثقافي والمهني في مجتمع معين.

- وتعرف الجودة من خلال درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض، على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال ومنخفضة التكاليف وموثقة جدا.

- تعرف جودة الخدمات الصحية بأنها جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من أثار المرض، أو هي الرعاية التي تقدم للمريض والتي تتضمن فحصه وتشخيص مرضه والحاقه بإحدى مؤسسات الصحة وتقديم الدواء اللازم لعلاجها والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته.

1- ان أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى " فلورنس ناتيفيل" والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة الى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات ( محمد فلاق وإسحاق خرشي وسميرة أحلام حدو، تفعيل ثقافة الجودة في المستشفيات الجزائرية " نموذج مقترح" ، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، العدد السابع، جوان 2017، ص 623).

2- عبد العزيز المخيمر، محمد الطعامة ، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات " المفاهيم والتطبيقات"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2014، ص 187.

- وعرفت جودة الخدمات الصحية بأنها تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض وتجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الاهتمام بالمريض وذويه بصورة تحقق التوازن بين ما أنفقه المريض وما حصل عليه من فوائد إضافة إلى ضرورة التوثيق المعقول للعملية التشخيصية والعلاجية<sup>1</sup>.
- مفهوم الجودة في المجال الصحي يعني تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة دون زيادة التعرض للمخاطر.
- وعلى هذا الأساس فإن مفهوم الجودة يعني تقليل الفرق إلى اقل درجة ممكنة بين الخدمات المقدمة فعلاً والمتوقع تقديمها<sup>2</sup>.
- تحقيق الحد الأقصى من النتائج الايجابية (سواء أكانت تتعلق بمستوى الرعاية السريرية المقدمة، أم تحقيق درجة عالية من رضا المستفيد عن الخدمات المقدمة)<sup>3</sup>.
- وتبين من استعراض مفهوم الجودة وجودة الخدمات الصحية أن هناك وجهات نظر كثيرة، إلا أن الإطار العام لأي مفهوم لجودة الخدمات الصحية يجب أن يتضمن الأمور التالية:
- المطابقة مع المواصفات: إن أي مريض يراجع المؤسسة الصحية يتوقع أن يحصل على مستوى معين من الخدمات وهذه الخدمات تكون مقبولة بشكل عام لهذا المريض.
- توازن التكاليف التي يدفعها المريض مع مقدار الخدمة التي يتلقاها.
- الانسجام والتوافق بين الأداء المتحقق من الخدمة والغرض الذي صمم لها أصلاً.
- درجة وكمية الدعم الذي يتبناه المستشفى لمستوى ونوعية الخدمات الصحية المقدمة.
- درجة وكمية التأثير والتأثر النفسي من قبل مقدم الخدمة<sup>4</sup>.
- ويمكن كذلك إبراز أن الجودة تختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي كما يلي:

1- عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الشروق ، ط1، دار الرابحة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011، ص ص 54-55.

2-صلاح محمود ذياب ، مرجع سابق، ص 261.

3-هيو كوش تر : طلال بن عابد الأحمد، إدارة الجودة الشاملة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمن استمرار الالتزام بها، مكتبة الملك فهد ردمك، السعودية ، 2002، ص 19.

4-صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 40.

- **الجودة من منظور المهني الطبي:** هي تقديم أفضل خدمة وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، وبحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسات الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة.

- **الجودة من منظور المستفيد أو المريض:** قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية ولا بد أن يدرك المريض هذه الخدمات بالعطف والاحترام...، وأفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدى رضا العملاء وهم الجانب الصحي للمريض، بطرق مقننة يمكن الاستدلال منها على مدي جودة الخدمات.

- **الجودة من منظور الإدارة:** تعني بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جنب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمنا أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت الأزم وبالتكاليف المقبولة مع ترشيد الموارد ويجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء ويتطلب ذلك كفاءة على المستوى الفني وكفاءة على المستوى التخطيطي وعلى المستوى التنفيذي ، ويتطلب ذلك تنظيما إداريا داخليا جيدا وكذا تنظيما إداريا واضحا في التعامل مع الأطراف ذات العلاقة خارج النظام<sup>1</sup>.

من خلال ما سبق نستنتج بأن مفهوم جودة الخدمات الصحية يتميز بالنسبية والاختلاف بين الفاعلين الاجتماعيين كل حسب موقعه الوظيفي، ولكن يشتركون في أهم المعايير البنائية للجودة وهي الحصول على الخدمة في الوقت المناسب والكيفية المناسبة.

ثانيا- دراسة نظرية لجودة الخدمات الصحية .

#### 1. أنواع الخدمات الصحية:

لتمكين النظام الصحي من تحقيق الهدف المرسوم له لا بد من ضمان وتوفير وتقديم مجموعتين رئيسيتين من الخدمات الصحية (خدمات صحة عامة- خدمات صحة شخصية) التي تشكلان معا النظام الصحي الكلي وهي تصنف كالآتي:

**1- خدمات الصحة العامة:** موجهة نحو خدمة المجتمع ، تهدف إلى حماية صحة أفراد المجتمع

والارتقاء بها، وتتولى في العادة الدولة تقديم هذه الخدمات وتشمل الخدمات التالية :

1-عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 56.

أ- **خدمات الصحة العمومية:** وتهتم هذه الخدمات بصحة الأفراد بصفة عامة كمجموعات ، وتتمثل في مكافحة الأمراض المعدية والقضاء عليها والإشراف المباشر على حماية الأمومة والطفولة، مع تركيز على برامج التحصين والتثقيف الصحي وتوعية الأفراد بالمشكلات الصحية ، وكيفية الاستفادة المثلى من برامج الخدمات الصحية و الإحصائيات الحيوية والصحية والأبحاث العلمية في المجال الصحي، القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة، ووضع التشريعات واللوائح التنظيمية والسياسات والاستراتيجيات التي تكفل الحفاظ على الصحة والرفاهية.

ب- **خدمات الارتقاء بالصحة:** وهي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية ايجابية لدى الأفراد وخاصة فيما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي المتوازن وممارسة الرياضة، أي تركيز على العوامل غير الطبية لحفظ الأفراد، كما تشمل أيضا النظافة الشخصية للفرد وصحة البيئة المنزلية.... الخ.

ج- **خدمات الصحة البيئية:** هي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد، تهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن وقضايا الإسكان والمسكن الصحي ، بالإضافة إلى مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة كسلامة الهواء والغذاء و مكافحة الحشرات والقوارض الضارة، والتخلص من النفايات ومعالجة مياه الصرف الصحي والسيطرة على الموارد المشعة الخطرة...<sup>1</sup> الخ

2- **خدمات الصحة الشخصية:** يقصد بها تلك الخدمات التي تقدم للفرد من قبل جميع المعنيين بتقديم الخدمات الصحية وهي أنواع:

أ- **خدمات الصحة العلاجية:** وهي الخدمات التي تقدم أو تطلب للتخلص من المرض بعد وقوعه من خلال الفحص، والتشخيص الدقيق للمرض ، وتقديم العلاج والدواء الملائم فضلا عن حسن معاملة المريض لمساعدته على استعادة صحته، ويتطلب النجاح والتميز في هذين النوعين من الخدمات الصحية تعاوننا مثمرا ما بين المريض والمعالج<sup>2</sup>، وتقسم خدمات الصحة العلاجية حسب نوع الخدمة المقدمة إلى ثلاث أقسام وهي:

- **الخدمات الطبية الأولية:** حيث تقدم الخدمات للأفراد بشكل علاجي بتقديم الرعاية الصحية والاجتماعية الكاملة ومن هذه المؤسسات المستوصفات ومراكز الخدمات الأولية ومراكز الخدمات الصحية الأولية والوحدات الصحية.

<sup>1</sup>- غواري مليكة، مرجع سابق ، ص ص 43-44.

<sup>2</sup>- عياد ليلي، مقاربة نظرية حول جودة الخدمات الصحية، مجلة الحقيقة ، العدد27، الجزائر ادرار، 2006، ص 15.



- **الخدمات الطبية الثانوية:** تتكون من خدمات تخصصية للأفراد الذين يحولون من قبل الوحدات الصحية الأولية وهذه تقع ضمن منطقة واسعة سكانية في الوقت الذي تقع فيه الخدمات الأولية في منطقة سكانية اقل، ومن الخدمات التي تقدم بالإضافة إلى الاستشارات الطبية أنواع العلاج المختلفة من المستشفى للمحولين من مراكز اصغ.

- **الخدمات الطبية ذات الدرجة الثالثة "التخصصية":** تتكون من خدمات عالية التخصص مثل الجراحات المستعصية والدقيقة كجراحة الأعصاب والقلب والتجميل.<sup>1</sup>

- **الخدمات الطبية ذات الدرجة الرابعة "التأهيلية أو خدمات طويلة الأمد":** ويشمل هذا المستوى من الخدمات على الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة نسبيا أو لمرضى لا يؤمل شفاءهم، بحيث يتم تأهيل المريض للتعايش مع المرض أو الإعاقة التي ألمت به، بهدف إعادة المريض للمجتمع كفرد منتج ويستطيع خدمة نفسه وقضاء احتياجاته بنفسه، وهذه الخدمات تقدم من خلال مراكز التأهيل المتخصصة ووحدات الرعاية اللاحقة بالمستشفيات.<sup>2</sup>

ب- **الخدمات الصحية الوقائية:** تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة<sup>3</sup>، ويمكن تصنيف هذه الخدمات إلى ثلاث مستويات وهي:

- **خدمات الوقاية الأولية:** وهي خدمات محددة ومباشرة يجري تخطيطها وتقديمها لوقاية الفرد من مرض معين مثل حملات التطعيم الجماعية، أو الموجهة لمجموعة محددة من السكان.

- **خدمات الوقاية الثانوية:** وتشمل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها، والتي تقوم به المستشفيات والمراكز الصحية، كما تشمل خدمات المسح الصحي الشامل أو المسوحات الصحية المختارة لعينة من المواطنين والفحوصات الطبية السنوية لبعض الفئات السكانية الذين لديهم قابلية للإصابة بأمراض معينة.

- **الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة:** وهي خدمات متخصصة تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى والمصابين اجتماعيا ومهنيا لتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة إلى حد ما.<sup>4</sup>

1- احمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 2000، ص ص 69-70.

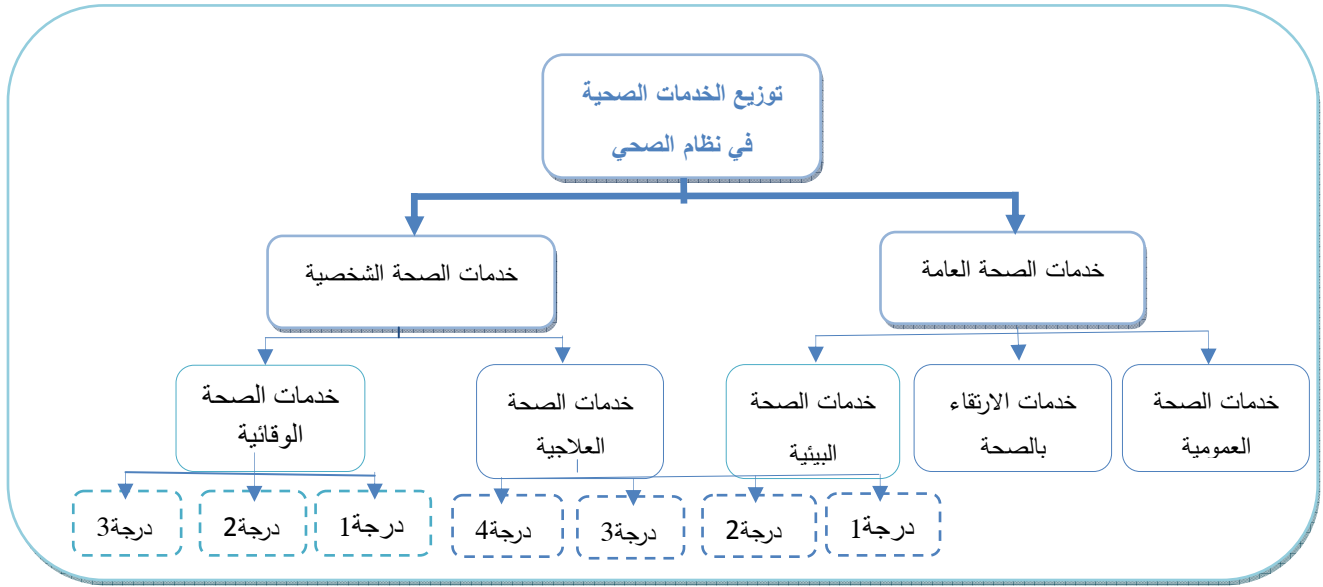
2- صلاح محمود زياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، مرجع سابق، ص 52.

3- عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 37.

4- جناة بوقجاني، اثر جودة الخدمات الصحية على درجة ولاء المرضى في مستشفى الأردنية (دراسة حالة)، مذكرة مجستار، كلية الدراسات

العليا الأردنية، 2010، ص 19.

شكل رقم (36) يبين توزيع الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية:



المصدر: من إعداد الباحثة.

من خلال ما سبق نستنتج أن توزيع الخدمات الصحية في النظام الصحي متعددة حسب تقديمها، منها ما يقدم خارج المستشفى ويشمل النظام الصحي العام بكل أقسامه، ومنها ما يقدم داخل المستشفى كنسق خاص ويشمل خدمات الرعاية الطبية العلاجية ، وتشمل تقسيمين التقسيم الأول حسب نوع الخدمة العلاجية المقدمة ويوضحه الجدول التالي رقم(11) ، أما التقسيم الآخر فحسب قسم العلاج وينقسم إلى ثلاث أنواع وهي خدمات الصحة الباطنية والخدمات الصحية الجراحية و الخدمات الطبية المساعدة أو المساندة ويوضحها الجدول رقم (12)

جدول رقم (11) يبين الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية .

نوع الخدمة الصحية	تصنيف الخدمة	خصائص الخدمة
الخدمات الطبية ذات الدرجة الأولى	خدمات صحية ذات رعاية خارجية	- معالجة الأمراض الشائعة وإصابات الحوادث والإسعافات الأولية. - يقدمها الأطباء العاملین.
خدمات صحية علاجية	الخدمات الطبية ذات الدرجة الثانية	- تقدمها العيادات الخاصة و المستوصفات ومراكز العلاج الطبي لا تحتاج إلى إقامة. - تشمل تخصصات طبية رئيسية . - يقدمها أطباء متخصصین. - تتميز بالعلاج المكثف أو التدخلات الجراحية. - تقدم في المستشفيات.
الخدمات الطبية ذات الدرجة الثالثة	خدمات صحية ذات رعاية داخلية	- تشمل مجال التخصصات الطبية الفرعية. - تتميز بالكفاءة العالية والحاجة إلى الموارد بشرية تتميز بالكفاءة والخبرة. - تقدم من خلال المراكز والمستشفيات المتخصصة.
الخدمات الطبية ذات الدرجة الرابعة	خدمات صحية ذات رعاية داخلية	- تعالج الأمراض المزمنة ومصابي الحوادث - تقدم من خلال مراكز التأهيل المخصصة ووحدات الرعاية - تحتاج فترة زمنية طويلة بهدف إعادة تأهيل المرضى.

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، مرجع سابق، ص 52.

جدول رقم (12) يبين أنواع الخدمات الصحية حسب قسم العلاج الطبي في مؤسسة الاستشفائية:

الخدمات الصحية الباطنية:	الخدمات الصحية الجراحية	الخدمات الطبية المساعدة أو المساندة:
طب أمراض الصدرية.	الجراحة العامة.	الخدمات التمريضية
طب الجهاز الهضمي (المعدة والأمعاء).	جراحة العيون.	الخدمات التشخيصية
		الخدمات التشخيصية الشعاعية.
		المعالجة بالأشعة والطب النووي للأورام.
		تخطيط الأعصاب والدماغ.
		تخطيط العضلات.
		تخطيط السمع.
الطب النفسي.	جراحة النسائية والتوليد .	المختبرات الطبية.
الأمراض الجلدية والتناسلية	جراحة الأنف والأذن والحنجرة.	الخدمات الدوائية(الصيدلانية).
الطب الشرعي	جراحة الحوادث والطوارئ.	خدمات العمل الاجتماعي.
الطب الصناعي والوظيفي	جراحة الأسنان.	خدمات العمل النفسي.
طب أمراض المفاصل والتأهيل	جراحة الكلى والمسالك البولية	الخدمات النفسية والإنعاشية.
أمراض الكلى والمسالك البولية	جراحة الصدر والقلب.	خدمات الرعاية
		التأهيلية
		المعالجة الفيزيائية.
		المعالجة الوظيفية(الوظيفة).
		معالجة النطق والسمع
		وحدات عناية خاصة
أمراض العيون	جراحة الأعصاب والدماغ.	خدمات التغذية الاكلينيكية.
أمراض الأنف والأذن والحنجرة	جراحة التجميل .	خدمات الرعاية المنزلية.
طب التخدير	جراحة العظام.	
الطب النووي	جراحة الأطفال.	
طب أمراض الدم والسرطانات (أمراض أورام الدم).	جراحة القولون.	
طب المختبرات والتحليل والأنسجة.		
أمراض النسائية والحوامل		
أمراض الأسنان		
أمراض أمراض الغدد الصماء		
طب أمراض الأعصاب والدماغ		
طب أمراض القلب		
طب الأطفال		
الباطنية اختصاص		
الطب العام.		

المصدر : عبد المهدي بوعانة، مرجع سابق ، ص ص 91-93.

## II. أبعاد جودة الخدمات الصحية:

الجودة بصفة عامة مفهوم نسبي يجمع معاني عديدة مختلفة متغيرة و متعددة تتغير بتغير الموضوع الذي تستخدم فيه ، ففي بعض الأحيان تشير الجودة إلى التميز أو التفوق أو التفرد ، وفي بعض الأحيان يقصد بها مجموعة من الخصائص أو المواصفات الفنية أو الشكلية، وفي كثير من الأحيان تكون الخدمات جيدة متى تم إشباع حاجات و توقعات المستفيد منها ، وفي أحيان أخرى يقصد بالجودة المطابقة للمواصفات القياسية أو المعيارية المهنية ، ولذلك فان جودة المنتجات الخدمية بصفة عامة أمر يصعب تعريفه أو الحكم عليه أو حتى التعبير عنه بصورة كمية ، حيث أن الخدمات تتضمن جانبا غير مادي وغير ملموس يقاس بعوامل مختلفة مثل حسن المعاملة كفاءة الأداء والعدالة في تقديم الخدمة .. الخ ، وهذه الأبعاد تختلف من مقدم ومستقبل إلى آخر حسب الشخصية والثقافة والقيم التي يمتلكها الفاعلين الاجتماعيين داخل المؤسسة الخدمية.

والجودة في المجال الصحي تعني ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض، وتحقيق اعلى معدلات الرضا للمريض الذي يعد احد الأبعاد الأساسية لجودة الخدمات الصحية ، وتتركز نشاطات الجودة في المجال الصحي حول احد الأبعاد التالية أو حول أكثر من بعد من هذه الأبعاد ، على أن تتلاءم هذه الأبعاد مع الرعاية الصحية و السريرية والخدمات الإدارية والخدمات الطبية والخدمات الفندقية، ويمكن عرض هذه الأبعاد في العناصر التالية:

1- **الكفاءة الفنية:** الكفاءة الفنية تعني المهارات والقدرات الفنية والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمة الصحية والإداريين وكفاءة الكوادر الطبية المساندة، وهي بالنسبة للكوادر الطبية تعني القدرة على أداء جميع مستويات الخدمات الطبية ، وان يكون مستوى الأداء مطابق للمعايير والمواصفات الفنية، وهي تعكس أيضا مدى توفر الكوادر الطبية والتمريضية ذات الكفاءة العالية والقادرة على تقديم الخدمة بصورة مميزة ، وفي هذا السياق فإن الكفاءة الفنية ترتبط بالوصف الوظيفي فمثلا الكفاءة الفنية للتمريض تختلف تماما عن الكفاءة الفنية للصيديلي أو الطبيب.

2- **سهولة الوصول للخدمة:** وتعني عدم وجود عوائق جغرافية أو اجتماعية أو مالية أو مؤسسية تحول دون وصول الإنسان المحتاج للخدمة الطبية، ونقصد بالوصول إليها من حيث:

1- وفاء على سلطان، أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية محافظة البصرة، مجلة دورية نصف سنوية تصدر عن كلية الإدارة والاقتصاد ، المجلد 5، العدد 10، جامعة البصرة، 2013، ص 88.

- الوصول الجغرافي يقاس بتوفير المواصلات وعدم وجود عوائق جغرافية أو طبيعية للوصول للخدمة الطبية.
- بالإضافة إلى أن هذا البعد يعكس مدى التزام الكادر الطبي والتمريضي بمواعيد العمليات والعلاج وإعطاء المريض ما يحتاجه من خدمات تمريضية أو طبية.
- أما الوصول المالي فيقاس بقدرة الإنسان على شراء الخدمة الطبية أو القدرة على الدفع مقابل الخدمة الصحية المقدمة له.
- أما الوصول الاجتماعي فيعني قبول المراجعين للخدمة الصحية المقدمة التي لا تتعارض مع القيم والمعتقدات والتقاليد، فمثلا بعض خدمات النسائية والتوليد قد تكون مرفوضة في بعض المجتمعات وهي نفسها مقبولة في مجتمعات أخرى.
- أما الوصول المؤسسي يعني طبيعة النظام المطبق والمستخدم في المؤسسة الصحية لاستقبال المرضى المراجعين بالنسبة لعدد ساعات العمل أو طبيعة النظام المستخدم للمعالجة و الإدخال، وأحيانا يعني وضوح الخدمة وأساليب تقديمها.
- الوصول اللغوي يعني توفير الخدمات الطبية للمرضى والمراجعين بشكل واضح وبأسلوب يمكن المريض من فهم المشكلة التي يعاني منها دون لبس أو غموض.

3- **الفعالية:** تعني درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة، أي أن هذا البعد يهتم

بأن يتم الإجراءات بطريقة صحيحة.<sup>1</sup>

4- **المساواة والعدل:** وتعني حصول جميع المرضى على قسط متساو من الرعاية وفقا

لاحتياجاتهم، وبغض النظر عن انتماءاتهم السياسية أو الدينية أو الطبقية أو مراكزهم الوظيفية أو علاقاتهم الشخصية بمقدمي الخدمة أو المسؤولين عنها.<sup>2</sup>

5- **العلاقة الجيدة بين الأفراد** (ويطلق عليه أيضا بعد التعاطف): يقاس هذا البعد بين المراجعين

(المرضى) والفريق الصحي وكذلك بين الإداريين والمجتمع والفريق الصحي، لان العلاقة الجيدة بين المجتمع والإداريين والفنيين في المؤسسة الصحية من جانب والفريق الصحي من جانب آخر تبعث على الثقة والاحترام والاستجابة، وتساهم في انجاز المشورة الطبية واستجابة المرضى للتعليمات الطبية، والعلاقات السيئة أو غير الجيدة تساعد على عدم استجابة المريض للتعليمات المغطاة له وتضعف فعالية

1- صلاح محمود نياض، مرجع سابق، ص ص 41-42.

2 - عبد العزيز مخيمر، مرجع سابق، ص 188.

الخدمة الصحية، ويعكس هذا البعد أيضا قدرة الأطباء والتمريض على التحدث مع المريض بأسلوب جيد يبعث الأمل والطمأنينة في نفس المريض.

6- **الكفاءة باستخدام الموارد:** (ويطلق عليه بعد الاعتمادية) ويعني تقديم أفضل رعاية للمريض من خلال تحقيق أعلى منفعة ممكنة ضمن الموارد المتاحة، وتؤثر الكفاءة على ناتج الخدمة وتكلفتها وخاصة أن الموارد الصحية عادة محدودة وتتطلب تقديم الخدمات الضرورية والصحية ، وتجنب أي خدمات ليست ضرورية أو ذات مخاطر عالية.

وعلى إدارة المستشفى أو المؤسسة الصحية اختيار برامج الجودة المناسبة لتلك المؤسسة وفي نفس الوقت تحقق أكبر فائدة بالمقارنة مع التكاليف المدفوعة.

7- **الاستمرارية:** ويقصد به تقديم جميع الخدمات الطبية الضرورية دون انقطاع وبشكل مستمر، وتعني الاستمرارية أيضا مراجعة المريض الواحد لنفس الطبيب دائما، وبذلك يكون الطبيب على معرفة تامة بالسيرة المرضية لذلك المريض، وتعني أيضا الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة تمكن الطبيب الجديد من معرفة السيرة المرضية للمرضى ومتابعة علاجهم، وتعتبر الاستمرارية ضرورية وانقطاعها يعرض الرعاية الصحية للخطر وتدني مستوى الجودة، مما يؤدي أحيانا إلى سوء في فهم العلاقة بين الطبيب والمريض.

8- **الأمن والسلامة الصحية:** تعني تقليل التعرض للإصابات والالتهاب وكذلك الأعراض الجانبية أو أي أخطار متعلقة بالخدمات الطبية، وتشمل هذه الإجراءات المريض والطبيب وكافة الأعضاء مقدمي الخدمة، وهي تعني أيضا شعور المريض بالأمن والحماية أثناء وجوده في المستشفى.

9- **الكماليات:** (ويطلق عليها أحيانا بعد المحيط المادي) وتعني مقومات الخدمات التي ليس لها علاقة بالإجراءات الطبية ولكنها تزيد من رضا المرضى وإقبالهم على الخدمات الطبية التي تقدمها المؤسسة الصحية، وكذلك استعداد المرضى لدفع الثمن المطلوب لقاء الخدمات الطبية المقدمة، وتشمل الكماليات شكل البناء الخارجي ووسائل الراحة والخصوصية وتوفير أجهزة التلفاز والفيديو... الخ.<sup>1</sup>

10- **سهولة الاتصال:** بين المرضى والأطباء والكادر التمريضي والإداري في المستشفى من خلال قنوات اتصال سريعة وسهلة بين مختلف أطراف مقدمي الخدمة والمستفيدين.<sup>2</sup>

1- صلاح محمود نياض، مرجع سابق، ص ص 42 - 44.

2- صلاح محمود نياض وعبد الله سيف الدين الساعاتي، مرجع سابق، ص 371.

نستنتج من خلال هذه الأبعاد أن جودة الخدمات الصحية لها ثلاث جوانب جانب طبي وجانب إداري وجانب و إنساني، حيث أن الجانب الإنساني يكون في نفس درجة الأهمية للجانب الطبي والإداري، وهذه الأبعاد تعتبر أيضا الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة على تحديد وتحليل المشاكل وقياس الأداء مع المعايير المتفق عليها، وبالتالي تحديد مستوى الجودة تماشيا مع إدراك المريض لهذه الأبعاد التي يتضمنها الشكل التالي:

شكل رقم(37) يبين أبعاد جودة الخدمات الصحية في مؤسسة الاستشفائية .



المصدر: من إعداد الباحثة.

ويوجد تصنيف آخر لجودة الخدمات الصحية لكل من Swan & Comb بان جودة الخدمة لها بعدان هما:

- **الجودة المادية الملموسة:** وتتمثل في ما يحصل عليه الزبون المعبر عنه بالرضا.
- **الجودة التفاعلية:** وتتمثل في الأداء الممثل بالعمليات المنجزة داخل وخارج المؤسسة الخدمية قصد إنتاج وتقديم الخدمة.

والى البعدين السابقين يضيف Lehtinen وآخرون بعدا ثالثا هو:

- **جودة المنظمة:** تتعلق بصورة المنظمة التي يرسمها العميل في ذهنه.

وفي دراسة أجراها Kotler بخصوص موضوع أبعاد الجودة في المؤسسات الصحية بينت النتائج بان المرضى عادة ما يعتمدون في تقييمهم لجودة الخدمة على خمسة أبعاد فقط ، وقد اعتبرها أساسية إلا أنها تتفاوت في الأهمية وتتمثل في :



■ الاعتمادية : ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية

■ الاستجابة: ويمثل هذا البعد 22 % كأهمية نسبية.

■ الأمان: ويمثل هذا البعد 19 % كأهمية نسبية

■ العناية والرعاية: ويمثل هذا البعد 16 % كأهمية نسبية.

■ الملموسية: ويمثل هذا البعد 11% كأهمية نسبية.<sup>1</sup>

و من خلال الأبعاد السابقة نستنتج أن هناك اختلاف في تحديد أبعاد الجودة في الخدمات الصحية، ونلاحظ كذلك أن هذه الأبعاد ترتبط بمحورين الأول محور خاص بمقدمي الخدمة ( الأطباء والإدارة)، والمحور الثاني خاص بالمستفيد من الخدمة (المريض) ،وبذلك تختلف أبعاد النظر للجودة باختلاف موقع الفرد في النظام الصحي في المؤسسة فأبعاد الجودة من منظور:

- **المهني الطبي (مقدم الخدمة):** تعني تقديم أفضل خدمة وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسات الصحية، الخبرات ونوعيتها في الخدمة الصحية المقدمة، و تدني المستوى أو الجودة للمهني الطبي ينطلق من عدم الكفاءة و عدم القدرة على التعامل المثالي مع بعضهم البعض ومع المريض والإداري، وكذا عدم الالتزام بالمعايير والأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية، إضافة إلى ضعف التأهيل والممارسة والخبرة.

- **الإدارة (مقدم الخدمة):** تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً تقديم الخدمة المناسبة في الوقت الازم وبالتكاليف المقبولة مع ترشيد الموارد، ويجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء، ويتطلب ذلك كفاءة إدارية على المستوى التخطيطي والتنفيذي و الفني وكذلك على المستوى الشخصي، ويتطلب كذلك تنظيماً إدارياً داخلياً جيداً.

- **المريض (المستفيد):** يختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية.

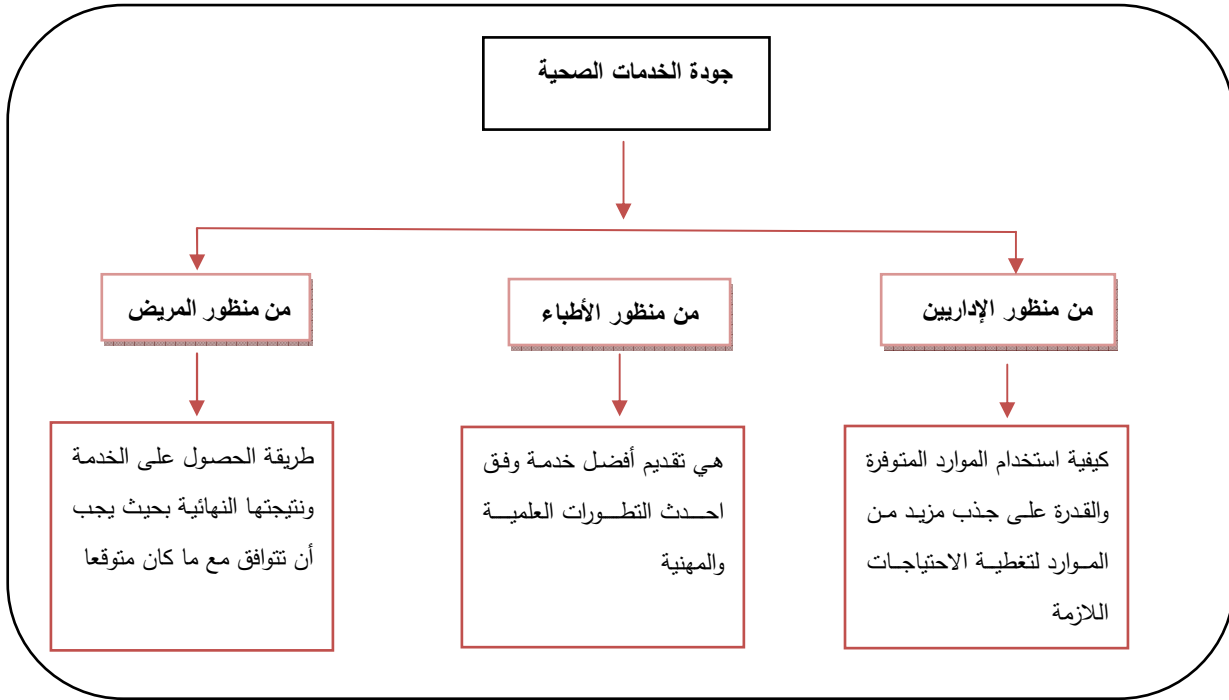
لا يجب ان يركز النظام على فرض التنظيمات وسن التشريعات التي تبني على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلى احتياج ورغبة وطموح وأمال المستفيد النهائي من كل ذلك، وفي الخدمة

1- بديسي فهيمة و زويوش، جودة الخدمات الصحية الخصائص الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد7، قسنطينة 2، 2011، ص 147.

الطبية يجب أن تكون الخطوة الأولى في العلاج معرفة شكوى واحتياج المريض، وأفضل طريقة لمعرفة تحقيق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدى رضا المريض على الجانب الصحي المقدم<sup>1</sup>.

الشكل رقم (38) يبين أبعاد الجودة من منظور الفاعلين الاجتماعيين في المؤسسة

الاستشفائية:



المصدر: من إعداد الباحثة ، بالاعتماد على عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 56.

ومن خلال هذه الأبعاد يمكن حصر أهم أهداف جودة الخدمات الصحية فيما يلي:

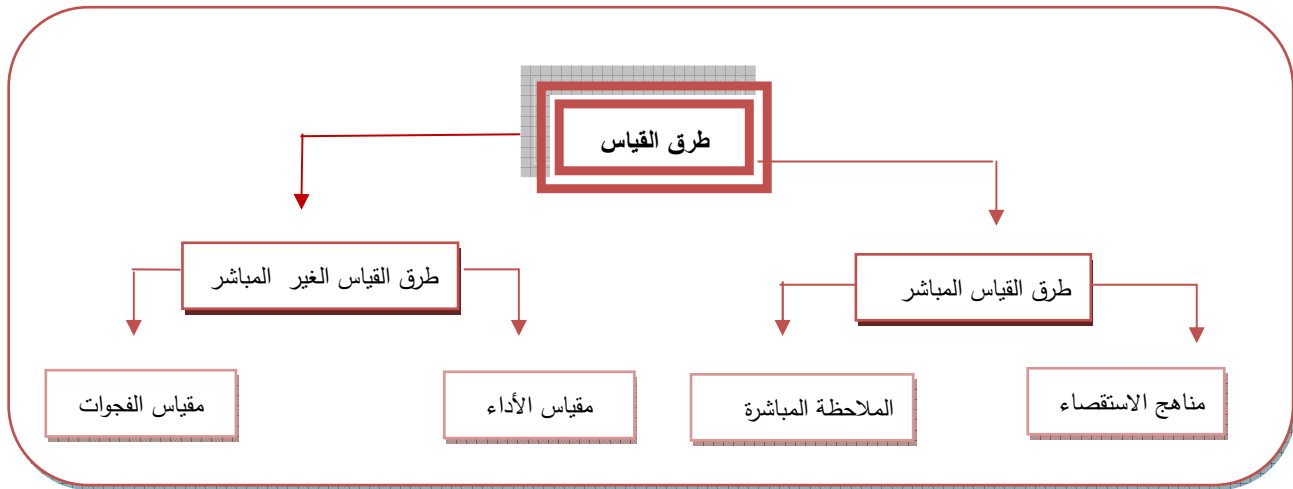
- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين (للمريض).
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد(المريض) وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية، والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية لتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيد من الخدمة الصحية ومقدمها.
- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.

▪ كسب رضى المستفيد (المرضى) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتوسيع لتطبيق نظم الجودة ، وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضى المستفيد من الخدمات الصحية المقدمة.<sup>1</sup>

### III. طرق قياس جودة الخدمات الصحية:

لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة و لا سبيل إلى تجاهلها، ولكن عند اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياس وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها، وبعد مراجعة الكتابات المتعلقة بقياس جودة الخدمات الصحية وجد هناك طريقتين للقياس وهي انظر شكل رقم (39):

### الشكل رقم (39) يبين طرق قياس جودة الخدمات الصحية:



المصدر: من إعداد الباحثة.

تختلف أساليب طرق تقييم الأداء من مستشفى إلى آخر ومن قطاع إلى آخر وهذا الاختلاف يعود إلى الاختلاف في الأهداف والمعايير وطبيعة العمل ورأي الإدارة العليا، ومن الصعب إيجاد طريقة تقييم مثالية لكل طريقة ميزاتها وخصائصها وإيجابياتها وسلبياتها، ولكن يبقى القرار للإدارة في اختيار الطريقة التي تناسب تلك المؤسسة، أما أهم الأساليب أو الطرق الممكن استخدامها لتقييم أداء العاملين في المستشفى فهي:

### 1- طرق القياس المباشر: ومن أشهرها مناهج الاستقصاء و الملاحظة المباشرة

<sup>1</sup> - حسن صالح سليمان القضاة، مستوى رضى المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفيات الخاصة في العاصمة الاردنية عمان، ج2، العدد31، حوليات الجزائر، 2017، ص252.

أ- **مناهج الاستقصاء:** هذه المناهج تأخذ عينة عشوائية أو منتظمة تمثل جميع أفراد المجتمع وتوزع على أفرادها استمارة الاستقصاء ، التي تحوي مجموعة من الأسئلة حول الموضوع المراد دراسته لمعرفة أداء فئة معينة فيه، ومن ثم يتم تيويب الإجابات وتحليل المعلومات للحصول على النتائج.

ب- **الملاحظة المباشرة:** يعتمد هذا الأسلوب على تولي الإدارة نفسها عملية قياس جودة خدماتها، عن طريق ملاحظة الإجراءات الإدارية المختلفة في ميدان العمل، والاحتكاك المباشر بالعملاء وملاحظة ردود أفعالهم، وكذا ملاحظة أداء مقدمي الخدمات أثناء عملهم وملاحظة فن تعاملهم مع العملاء، وحساب الوقت الفعلي لتقديم الخدمة، وتوجيه أسئلة مباشرة للعملاء عن مدى رضاهم عن مستوى الخدمة المقدمة عموماً.

2- **طرق القياس غير المباشرة:** ومن أشهرها مقياس الأداء الفعلي ومقياس الفجوة

أ- **مقياس الأداء:** يركز هذا المقياس على أداء الفعلي للخدمة المقدمة باعتبار أن:

جودة الخدمة = جودة الأداء<sup>1</sup> ، وله العديد الأساليب و الطرق الممكن استخدامها لتقييم أداء

العاملين ومن أهمها:

■ **تقييم الأداء باستخدام نظام الدرجات أو المعدلات:** وتعتبر هذه الطريقة من أقدم وأبسط النظم

المستخدمة لتقييم الأداء وهي من أكثر الطرق شيوعاً لسهولة استخدامها وقلة تكاليفها وسهولتها وسرعة نتائجها، وتتكون من الصفات والسلوكيات والواجبات الممكن إنجازها ومن ثم يتم ترجمة هذه الصفات والسلوكيات والواجبات إلى درجات أو معدلات محددة.

■ **تقييم الأداء باستخدام نظام الترتيب (المقارنة):** يتم ترتيب مجموعة من الأفراد ضمن المهنة

الواحدة حسب الأفضلية في الانجاز وتعتبر هذه الطريقة سهلة وبسيطة لكن المحاباة فيها كبيرة وتستخدم في المستشفيات الصغيرة، ويكون في أعلى الترتيب ذوي الانجاز العالي ومن ثم تأخذ تنازلياً للوصول إلى الانجاز الأدنى.

■ **تقييم الأداء باستخدام نظام سجل الموظف ( نظام المتابعة):** إيجاد سجل خاص لكل موظف في

المستشفى يتم كتابة المعلومات الأساسية عن الموظف ثم يتم تسجيل نوع السلوكيات الايجابية وكذلك السلبية من خلال مدة التقييم وتاريخ كل سلوك ،وفي نهاية مدة التقييم يتم إيجاد وزن لكل سلوك ليظهر في النهاية تقييم هذا الموظف، ويشترط في هذه الطريقة تدوين السلوكيات في وقت حدوثها وعدم تأجيلها.

1- غواري مليكة، مرجع سابق، ص 71

■ **تقييم الأداء باستخدام نظام التوزيع الإجباري :** يتم تحديد نسب لكل مستوى من الانجاز بحيث تقوم الإدارة بتحديد مثلا 25% من الموظفين أداءهم جيدا و ممتاز و 30% جيد و 35% متوسطي الأداء و 10% أداءهم متدني أو أي نسبة تراها الإدارة، و تعتبر هذه الطريقة مجحفة لأنها تعكس وسطية الأداء و لا تعكس المستويات الحقيقية للأداء.

■ **تقييم الأداء باستخدام نظام قياس الإنتاج:** تعتمد هذه الطريقة على قياس عدد تكرارات الخدمة المقدمة خلال فترة زمنية محددة، فمثلا يتم مقارنة أداء أطباء العيادات الخارجية، كم مريض يتم فحصه من قبل الطبيب الواحد في هذه العيادات ، وهذه الطريقة ليست فعالة كطريقة لمقارنة أداء الأطباء في مختلف الأقسام المختلفة لتباين تكرارات الخدمة ،إن عملية قياس الإنتاج متباينة من مستشفى إلى آخر باختلاف طبيعة العمل و مكونات البناء التنظيمي للمستشفى<sup>1</sup>.

**ب- مقياس الفجوات:** إن جوهر الجودة يتمثل هنا في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يستوجب توافرها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض، وهذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع القيمة التي يتوقعها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا، ويمكن التعبير عن هذه العلاقة بالاتي: **رضا المريض = جودة الخدمات الصحية**

إن درجة الرضا المحققة عن الخدمة المقدمة تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة فعلا، وما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل تلقيه أو شرائه الخدمة، وعدم إدراكه هذه الخدمة يعني وجود فجوة بين المستشفى والمريض عبر الخدمة الصحية المقدمة، وتوجد 5 أنواع من الفجوات يمكن أن تكون سببا في عدم نجاح الخدمة المقدمة وبالتالي عدم رضا المريض، و لا يمكننا التحدث عن هذه الفجوات دون الإشارة إلى مفهومين أساسيين في جودة الخدمة هما: توقعات الزبون، و ادراكات الزبون.

- **توقعات الزبون:** هي المعايير أو النقطة المرجعية للأداء الناتجة عن خبرات التعامل مع الخدمة القابلة للمقارنة، والتي إلى حد ما تصاغ في شروط ما يعتقد الزبون أنها تكون في الخدمة أو سوف يحصل عليها.

- **ادراكات الزبون:** وهي النقطة التي يدرك بها الزبون الخدمة فعليا، كما قدمت له وبهذا يقوم هذا المقياس على معادلة أساسية ذات طرفين هما : **الادراكات والتوقعات**

1- صلاح محمود ذياب وعبد الاله سيف الدين ساعتاني، مرجع سابق ، ص ص 357-359.

حيث أن: رضا المريض = جودة الخدمات الصحية

جودة الخدمة = التوقعات - الإدراكات

إذن رضا المريض = التوقعات - الإدراكات

وينجم عن قياس جودة الخدمات الصحية وفق هذا المقياس 5 فجوات يمكن تلخيصها كما يلي :

- **الفجوة الأولى:** هي الفجوة بين ما يرغبه العملاء وبين ما تعتقد الإدارة عن ما يرغبه هؤلاء العملاء، سبب هذه الفجوة هو نقص الفهم أو سوء تفسير رغبات العملاء، وأهم خطوة لسدها هي البقاء قرب العملاء والقيام بالبحوث المتعلقة بالتعرف على حياتهم وقياس مدى رضاهم عن الخدمات المقدمة
- **الفجوة الثانية:** هي الفجوة بين ما تعتقده الإدارة عن رغبات العملاء وبين المواصفات وشروط الجودة التي تم تحديدها لتقديم الخدمة سبب هذه الفجوة هو التدريب غير فعال وعدم توافر الحماس والدافعية لدى الموظفين
- **الفجوة الثالثة:** هي فجوة بين مواصفات الخدمة الموضوعية والأداء الفعلي لها، فإذا تمكنت المؤسسة الخدمية من وضع المواصفات المطلوبة في الخدمة، فلا يمكنها أداء هذه الخدمة بسبب وجود مواصفة معقدة وغير مرنة وعدم تدريب العاملين على أدائها لهذه الخدمة أو عدم اقتدائهم بالمواصفات المطلوبة، أو عدم وجود الحافز الكافي لأداء هذه الخدمة.
- **الفجوة الرابعة:** هي فجوة بين الخدمة المروجة والخدمة المقدمة، أي أن الوعود المعطاة من خلال الأنشطة الترويجية لا تتطابق مع الأداء الفعلي للخدمة وذلك لوجود ضعف في التنسيق بين العمليات والتسويق الخارجي للمؤسسة الخدمية.
- **الفجوة الخامسة:** تتعلق بالفجوة بين الخدمة المتوقعة والخدمة المؤداة، أي أن الخدمة المتوقعة لا تتطابق مع الخدمة المدركة، وتكون محصلة لجميع الفحوصات، بحيث يتم على أساسها الحكم على جودة أداء المؤسسة الخدمية.<sup>1</sup>

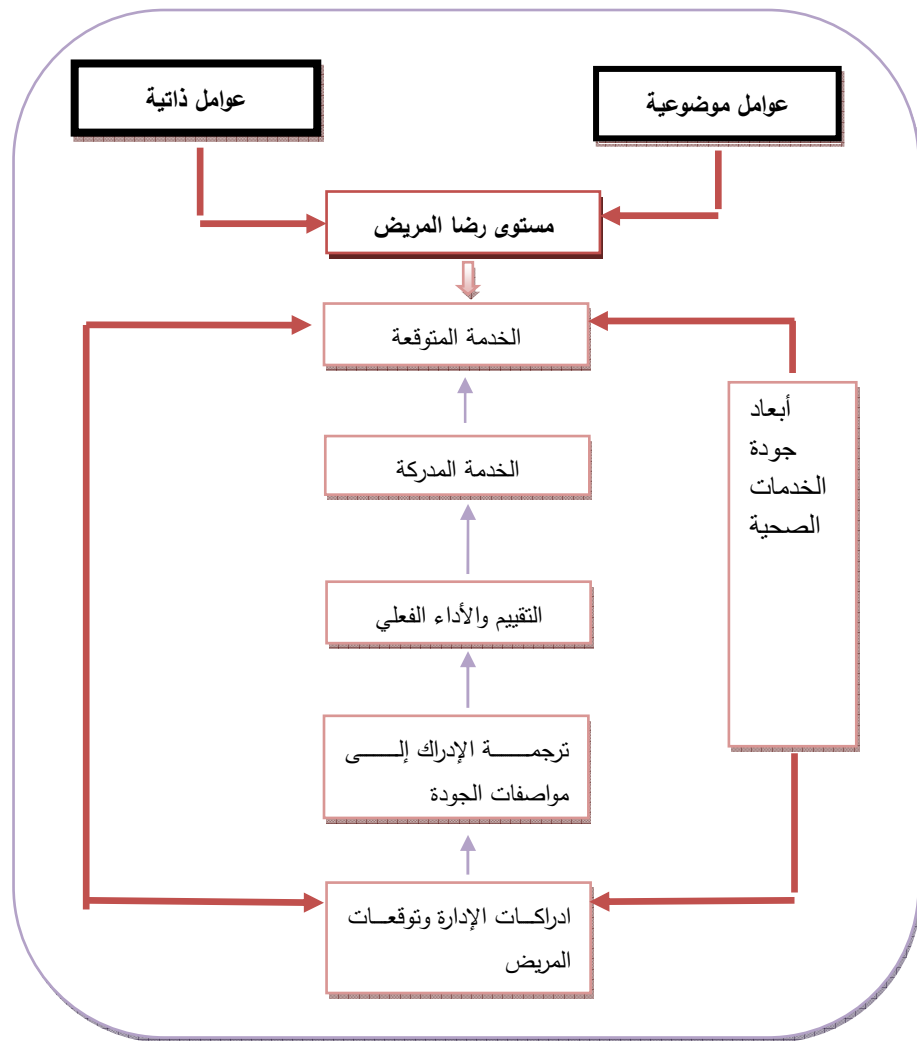
إن فالجودة هنا تركز على طريقة تقديم و الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية ، لذلك فإن الأبعاد الرئيسية لقياس جودة الخدمات الصحية هو البحث في كيفية تفكير مقدمي الخدمة و المنتفعين منها وتقييم مدى إدراكهم لما يتوقعون ، ومن ثم فإن علاقة التفاعل هذه تلزم المنظمات الصحية لبذل الجهد الممكن للوفاء باحتياجات الفاعلين الاجتماعيين ومعرفة رأيهم عن جودة الخدمات الصحية المقدمة

1 - غواري مليكة، مرجع سابق، ص70.

لهم ومدى استجابة تلك الخدمات لحاجتهم، وقياس رضاهم عنها ومعرفة العوامل المؤثرة على توقعاتهم، ومن ثم تعزيز تطابق ما هو متوقع مع ما هو موجود مما يساهم في تضييق الفجوات كما هو مبين في الشكل الآتي الذي يبين أبعاد الحكم على الجودة وعلاقتها برضا المريض من خلال إدراكهم لهذه الأبعاد حسب ما هو متوقع، وبالتالي يكون الفاعلون الاجتماعيون راضيين عن الخدمة وبالتالي يصفونها بأنها جيدة.

شكل رقم (40) يبين جودة الخدمات الصحية وعلاقتها بالفاعلين الاجتماعيين من خلال نموذج

الفجوات:



المصدر: من اعداد الباحثة .

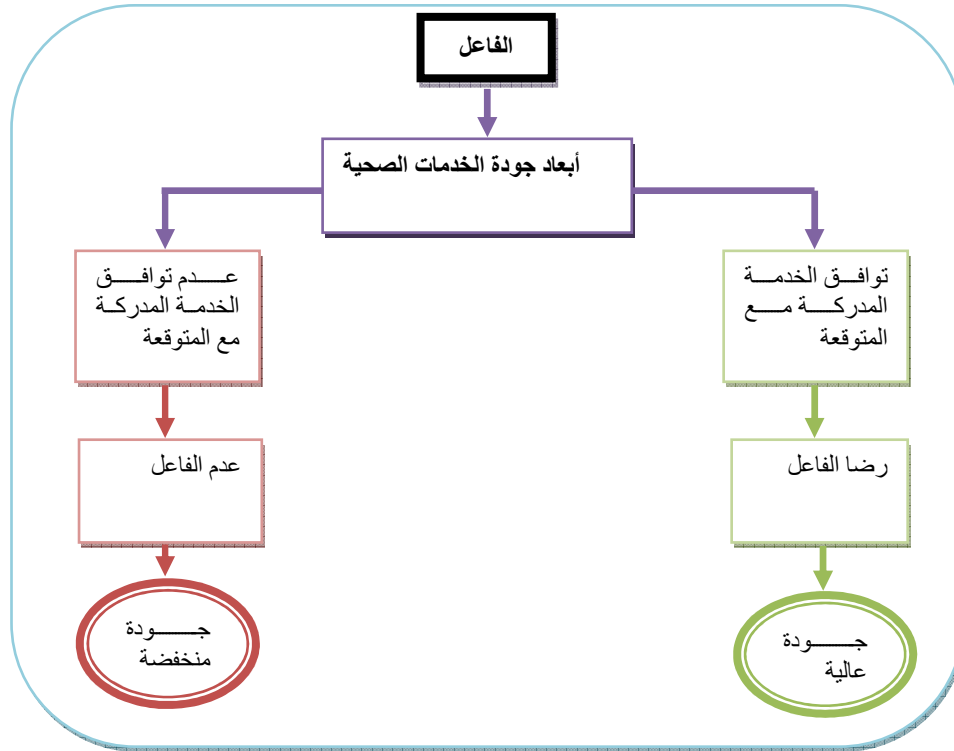
ومن خلال الشكل السابق نستنتج انه لكي يتم الوصول إلى جودة الخدمات الصحية كمنتج نهائي لا بد من العمل على تحقيق الفوارق بين الخدمات الصحية المقدمة أو المنجزة فعلياً، وبين الخدمات الصحية المرغوبة، بهدف تحقيق الرضى الذي هو مرهون بالشعور النفسي وبالقناعة و الارتياح أو

السعادة لإشباع الحاجات والرغبات والتوقعات مع الثقة والأمان والمساواة....، وبالتالي فإن العلاقة بين الخدمات الصحية و رضى المقدم والمستفيد لها وجهتين ( كما هو مبين في الشكل الاتي رقم(41) :

**1- وجهة ايجابية :** تمثل رضا عن الخدمات الصحية لتوافقها مع ما كان متوقع وبالتالي إدراكه لجودة الخدمات بمختلف أبعادها (سهولة الوصول للخدمة، الاستمرارية، التعاطف والتفاني ،الفعالية، المساواة والعدل، التأكد والثقة)

**2- وجهة سلبية:** تمثل عدم رضا عن الخدمات الصحية لعدم توافقها مع ما كان متوقع وبالتالي عدم إدراكه لجودة الخدمات بمختلف أبعادها (سهولة الوصول للخدمة، الاستمرارية، التعاطف والتفاني ،الفعالية، المساواة والعدل، التأكد والثقة).

شكل رقم (41) يبين كيفية الحكم على الخدمات الصحية من طرف الفاعلين الاجتماعيين:



المصدر: من إعداد الباحثة.

ومما سبق نستنتج بأنه يجب أن تكون برامج الجودة الصحية معدة إعدادا خاصا حسب المتطلبات و الإمكانيات المتاحة ومحاولة رفع الكفاءة تحت نظام واضح وسريع وسهل التنفيذ حسب الإمكانيات الموجودة في المنظمات الصحية وحسب متطلبات مقدم ومستقبل الخدمة ، الذي يمثل الطرف الأول مقدم الجودة والثاني الحاكم على المنتج أو الخدمة بجودته من عدمها.



ثالثاً - دراسة سوسيونظرية للمؤسسة الاستشفائية:

1. تعريف المستشفى وانواعه :

1- تعريف المستشفى:

كلمة مستشفى في العربية تعني الشفاء أي البرء من العلة، وفي اللغة اللاتينية تعني إكرام الضيف، والمستشفى عبارة عن منظمة او مؤسسة اجتماعية صحية تقوم بأداء جميع الوظائف العلاجية والوقائية والتدريبية والعلمية وكذلك الوظائف المهنية والتأهيلية بالإضافة إلى مهام البحث العلمي الذي يهدف إلى المساعدة في تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي على المستوى الوطني أو المحلي<sup>1</sup>.

وقد عرفت الهيئة الأمريكية المستشفى بأنه: "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتسع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للتتويج، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، وذلك بإعطاء المريض التشخيص والعلاج اللازمين"<sup>2</sup>.

عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين، ويصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية. وهو أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية"<sup>3</sup>.

تم تعريف المستشفى من قبل بعض المهتمين على انه "مجموعة من التخصصات والمهارات والمهن الطبية وغير الطبية ومجموعة من الخدمات والأدوية، والمواد التي تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرقبين وإشباع حاجاتهم ومن ثم استمرار المؤسسة في النمو"<sup>4</sup>.

يتضح من التعريفات السابقة للمؤسسة الاستشفائية أن منها ما يركز على الوظيفة التقليدية للمستشفى كمكان لإقامة وعلاج المرضى ومنها ما يركز على المفهوم الحديث باعتباره جزءا أساسيا من النظام الاجتماعي يقوم بأداء مختلف الوظائف الصحي، وهو بناء تنظيمي خاص يحتوي على مجموعة كبيرة من الكوادر البشرية بمختلف التخصصات الطبية وغير الطبية والتكنولوجيا المختلفة ويهدف إلى

1- صلاح محمود ذياب و عبد الله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات منظور شامل ، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2012، ص252.

2- عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية ، دار ومكتبة الحامد، عمان، 2004، ص141.

3- سليم بطرس جعدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية ، دار الشروق لنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 26.

4- سنوسي علي، أثر المتغيرات البيئية و الفعالية التنظيمية على كفاءة أداء المستشفيات العمومية دراسة حالة الجزائر، مجلة الحقيقة - جامعة أدرار، العدد 24، 2013، ص 13.

تقديم خدمات طبية مختلفة المستويات الأولية والثانوية والتخصصية والتأهيلية للمرضى على أسرة الشفاء وكذلك متابعة المرضى الخارجين للوصول معهم إلى أفضل مستوى من الصحة.

ولذلك يمكن تعريف المؤسسة الاستشفائية بأنها عبارة عن منظمة اجتماعية صحية لها مهام وظيفية متعددة تتمثل في المهام العلاجية والوقائية والتدريبية والعلمية وتتكون من اناسق بنائية متعددة (كوادر بشرية وموارد طبيعية).

## 2- أنواع المستشفيات (تصنيف) :

إن المستشفيات تختلف من بيئة إلى أخرى ، ومن نظام إلى آخر و ذلك تبعاً لاختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية السائدة في الدولة، هذا من جهة ومن جهة أخرى تختلف من حيث طبيعة نشاطها وحجمها أو تخصصها وطبيعة حتى المهام التي تضطلع بها وبشكل عام يمكن حصر أنواع المستشفيات بناء على مجموعة من المعايير والأبعاد نجملها في الجدول الآتي:

### جدول رقم (13) يبين أبعاد تصنيف المستشفيات:

الانواع	بعد التصنيف
أسس جغرافية (الشرق-الغرب-الجنوب - الشمال)	على أسس جغرافية أو إدارية
أسس إدارية(.....)	
مستشفيات حكومية	تبعاً لنمط الملكية والإشراف
مستشفيات خاصة	
مستشفيات محلية صغيرة	تبعاً للحجم والسعة السريرية
مستشفيات مركزية متوسطة	
مستشفيات عامة كبيرة	
مستشفيات عامة	تبعاً لنوع الخدمة المقدمة
مستشفيات متخصصة	
مستشفيات تعليمية	تبعاً للتعليم والتدريب
مستشفيات غير تعليمية	
مستشفيات ذات رعاية من الدرجة الأولى	على أساس التكامل العمودي
مستشفيات ذات رعاية من الدرجة الثانية	
مستشفيات ذات رعاية من الدرجة الثالثة	
مستشفيات قصيرة الأمد	على أساس مدة المكوث
مستشفيات طويلة الأمد	
مستشفيات تصنف على أساس الجنس	على أساس العوامل الديمغرافية
مستشفيات تصنف على أساس العمر	

المصدر: من إعداد الباحثة.

1- تصنيف المستشفيات على أسس جغرافية وإدارية : ويتم تقسيم المستشفيات حسب موقعها

الجغرافي أو حسب التقسيمات الإدارية لتلك الدولة مثلا مستشفيات الشمال الشرق أو الغرب <sup>1</sup>.

2- تصنيف المستشفيات تبعا لنمط الملكية والإشراف: يمكن تقسيم المستشفيات على أساس

الملكية والإشراف إلى نوعين رئيسيين هما:

2-1- المستشفيات الحكومية : هي المستشفيات التي تملكها هيئات رسمية تقوم على رعاية

شؤونها و مصالحها ، و هذا النوع من المستشفيات يعتبر أكثر أنواع المستشفيات انتشارا في العالم اليوم،

حيث تعتبر الكثير من الدول و خاصة الاشتراكية منها أن من أولى واجبات الدولة هو تقديم أفضل

الخدمات الصحية إلى المواطنين مجانا ، و بما أن المستشفيات تعد احد أنواع المؤسسات الصحية التي

يتم عن طريقها تقديم الخدمات الصحية ، لذلك فان الكثير من الدول تأخذ على عاتقها مهمة بناء و إدارة

المستشفيات.

و هذه المستشفيات تقدم الخدمات الصحية لمختلف المواطنين مقابل أجور زهيدة ، وطبقا لنظام

خاص بها في الحجز والكشف و العلاج للمرضى و إجراء العمليات تنقسم إلى نوعين أساسيين وفقا

لأحقية العلاج بها وهما :

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

ب- مستشفيات حكومية متاحة خدماتها فقط لفئة محددة من المواطنين مثل المستشفيات العسكرية

2-2- المستشفيات (الخاصة) :و هي تشمل جميع المستشفيات باستثناء تلك التي تتبع للحكومة

المركزية ، وهي مستشفيات تعود إلى أطباء يعملون لحسابهم الخاص ، و هذا النوع من المستشفيات

بشكل عام يتقاض أجورا لقاء تقديمه للخدمات الطبية ، و ذلك بعكس المستشفيات الحكومية التي تقدم

الخدمات الصحية مجانا ، و يمكن تقسيم المستشفيات الخاصة إلى قسمين أساسيين و هما:

أ- مستشفيات ذات طابع ربحي : هي المستشفيات التي قد يملكها شخص أو شركة أو هيئة ... و

ذلك بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة .

ب- مستشفيات ذات طابع غير ربحي : هي المستشفيات التي تتوفر فيها نفس خصائص و

مميزات المستشفيات ذات الطابع الربحي ، إلا أن الهدف من إنشائها يكون غالبا بهدف المساهمة في

تقديم خدمة اجتماعية عامة لأفراد المجتمع . و على عكس مما يعتقد البعض ، فإن العلاج في هذا النوع

<sup>1</sup> - صلاح محمود نياض و عبد الاله سيف الدين الساعاتي، مرجع سابق، ص 256.

من المستشفيات ليس مجانا ، حيث أن الأموال المتحصلة من المرضى تصرف عادة على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى و تشغيله، و من أمثلة هذه المستشفيات المستشفيات الدينية ، و المستشفيات الجامعية التابعة لبعض الجامعات ، و المستشفيات التابعة لبعض الشركات.

### 3/- تصنيف المستشفيات تبعا للحجم والسعة السريرية: يمكن تصنيف المستشفيات على أساس

الحجم إلى ثلاث أنواع من المستشفيات وهي:

#### 3-1-المستشفيات المحلية (الصغيرة): هي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكنية قليلة ، و لا

تتجاوز عادة سعة المستشفى السريرية أكثر من 120 سرير، وهي عادة تكون مستشفيات عامة تقدم الخدمات لجمهير المنطقة التي تخدمها ،ومن أهم الخدمات المقدمة بهذه المستشفيات خدمات أمراض الباطنية ،وخدمات الجراحة العامة وخدمات رعاية الأمومة والطفولة.

#### 3-2-المستشفيات المركزية (المتوسطة): وهي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة

مثل ضواحي المدن او المنطقة الصحية وتتراوح سعتها السريرية عادة ما بين 120الى500 سرير ، وتعتبر هذه المستشفيات المركزية بمثابة المستشفيات العامة أيضا وذلك نظرا لتوفر كافة الإمكانيات المادية والبشرية بها والتي تمكنها من مواجهة مختلف الحالات الطبية والجراحية العامة.

#### 3-3- المستشفيات العامة (الكبيرة): هي مستشفيات تتواجد في العاصمة ومراكز المدن الكبرى

،وتخدم منطقة صحية بأكملها وتحتوي هذه المستشفيات عادة على خدمات تخصصية لا يستطيع توفيرها اغلب المستشفيات السابق ذكرها ويبلغ السعة السريرية أكثر من 1000 سرير غالبا.<sup>1</sup>

### 4/- تصنيف المستشفيات تبعا لنوع الخدمة المقدمة: حيث تصنف المستشفيات على أساس نوع

الخدمة التي تقدمها إلى:

#### 4-1-مستشفيات عامة : وهي مستشفيات تحتوي على جميع الأقسام أي أنها تعالج فيها جميع

أنواع الأمراض الباطنية وفروعها الجراحية والنسائية وغيرها، أي أن هذا النوع من المستشفيات يجمع أكثر من قسم وتخصص ويخدم مناطق واسعة من السكان وعادة ما يشرف على أكثر من مستشفى صغير أو وحدة علاجية تابعة له .

<sup>1</sup> - سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص ص 36-41.

**4-2- مستشفيات متخصصة:** وهي مستشفيات تخصصية تعالج في أقسامها أمراضا معينة خاصة في فرع واحد أو اثنين فقط من التخصص الطبي، وخاصة تلك التي تحتاج إلى رعاية وخدمة طبية مركزة وعناية خاصة بالمرضى كما هو في مستشفيات العظام ، القلبية، العيون ،النفسية.<sup>1</sup>

**5- / تصنيف المستشفيات على أساس التعليم والتدريب:** تقسم المستشفيات على أساس التعليم والتدريب إلى نوعين هي:

**5-1- مستشفيات تعليمية:** وهي تلك المستشفيات التي يتم فيها تطبيق برامج الإقامة والتدريب والتعليم، وتتوفر في هذه المستشفيات الإمكانيات البشرية والمادية والتكنولوجية التي تساهم في تعليم وتدريب طلبة كليات الطب والتمريض والمهن الطبية المساعدة، بالإضافة إلى توفير الأجهزة والمعدات والمختبرات التي تساعد التدريب والتعليم، وفي الغالب فإن المستشفيات التعليمية تكون كبيرة الحجم وتحتوي على جميع التخصصات الطبية، ويتوفر في هذا النوع من المستشفيات قاعة للمحاضرات ووسائل تعليمية وتدريبية بالإضافة إلى احتوائها على مختبرات لغايات البحث العلمي والتجارب والدراسات الحيوية.

**5-2- مستشفيات غير تعليمية:** وهي التي لا يتوافر فيها الإمكانيات المالية والبشرية لتعليم وتدريب طلبة الطب والتمريض والمهن الأخرى الطبية ، وتمتاز بصغر الحجم ومحدودية التخصصات المتوفرة فيها، وتركز هذه المستشفيات في الغالب على تقديم خدمات طبية رئيسية في مجال الجراحة والتوليد والطب الباطني والأطفال، وليست مهيأة لاستقبال الطلبة والمتدربين ، و لا يتوفر فيها الإمكانيات التكنولوجية المتطورة ويكون موقع هذه المستشفيات في المدن الفرعية والمناطق قليلة الكثافة السكانية.<sup>2</sup>

**6- / تصنيف المستشفيات على أساس التكامل العمودي:** و هذا يعني بان تصنيف المستشفيات على أساس تكاملات العمودي في تقديم الخدمة أو الرعاية الصحية المناسبة فتقسم إلى:

**6-1- مستشفيات ذات رعاية من الدرجة الأولى (الأولى):** تتسم بتقديم الخدمات الصحية التي تكون شائعة الطلب عليها من الجمهور و تنظم المستشفى و تصمم من حيث كادرها وتجهيزاتها وقدراتها بما يتناسب مع نظام الرعاية الصحية المقرر لها .

**6-2- مستشفيات ذات رعاية من الدرجة الثانية:** و تعني حاجة المستشفى إلى تخصصات علمية و مهارة كافية من الأطباء العاملين فيها و بما يمكنها من تأدية الواجبات المناطة بها .

<sup>1</sup>ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 39.

<sup>2</sup> - صلاح محمود ذياب و عبد الاله سيف الدين الساعاتي، مرجع سابق ، ص ص 255-256.

**6-3- مستشفيات ذات رعاية من الدرجة الثالثة:** وهي تمثل درجة عالية من التخصص العلمي

و الأجهزة المستخدمة وغالبا تتواجد مثل لهذه الحالات في المستشفيات الجامعية والتخصصية.<sup>1</sup>

**7-/- تصنيف المستشفيات على أساس مدة مكوث المريض:** يعد مكوث و بقاء المريض في

المستشفى أساسا في تصنيف هذه المستشفيات إلى:

**7-1- مستشفيات قصيرة الأمد :** غالبا ما تعتمد مدة (30) يوما و اقل كمعدل لمكوث المريض

في المستشفيات ضمن التصنيف القصير الأمد .

**7-2- مستشفيات طويلة الأمد:** غالبا ما تعتمد مدة أكثر من (30) يوما كمعدل لمكوث المريض

في المستشفيات ضمن التصنيف طويل الأمد.<sup>2</sup>

**8-/- تصنيف المستشفيات على أساس العوامل الديمغرافية:** يمكن تصنيفها اعتمادا على بعض

العوامل الديمغرافية ومن أهمها:<sup>3</sup>

**8-1-الجنس:** إذ يتم تقسيم على أساس الجنس للجمهور المستفيد من خدماتها و بخاصة إلى

الإناث ،و كما هو الحال بالنسبة للمستشفيات النسائية و المتخصصة بالولادة ورعاية الأم أو مستشفيات

العجزة ،فضلا عن كون هنالك في الغالب مستشفيات تقدم خدماتها لكلا الجنسين من الذكور والإناث.

**8-1-عمر المريض :** إذ يعتمد العمر في بعض الحالات لتمييز المستشفيات و في خدمات

متخصصة للمستفيدين منها ،كما هو الحال في مستشفيات الأطفال التي غالبا تكون دون سنة (12) و

مستشفيات أخرى تكون أيضا متخصصة لكبار السن(العجزة)التي تقدم لهم خدمات صحية مختلفة كليا

عما هو عليه في المستشفيات الأخرى لطبيعة الأمراض أو الحالات الصحية التي يعانون منها.<sup>4</sup>

## II. العوامل المؤثرة في وضع النظام في المؤسسة الاستشفائية:

تعمل المنظمات العامة في ظل بيئة متحركة ومعقدة، تحتوي على مجموعة من المتغيرات التي

يكون لها اثر بالغ في مجمل القرارات التي تتخذها الإدارة العليا في المنظمة ومن هنا فان مسألة تحديد

طبيعة العمل الإداري في المؤسسات الصحية عامة والمستشفى بخاصة يستوجب تحليل وتوضيح

المتغيرات المحيطة بالمستشفى والتي تنعكس على مجمل عملها الطبي والإداري ،ويوجد متغيرين يؤثران

على النظام الصحي في المؤسسة الاستشفائية منها المتغيرات البيئية الداخلية ومتغيرات البيئة الخارجية .

<sup>1</sup>ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 31.

<sup>2</sup>ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 29.

<sup>3</sup> - حسين ذنون على البياتي، المعايير المعتمدة في اقامة وادارة المستشفيات من وجهة نظر معاصرة، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع،

2009،ص21.

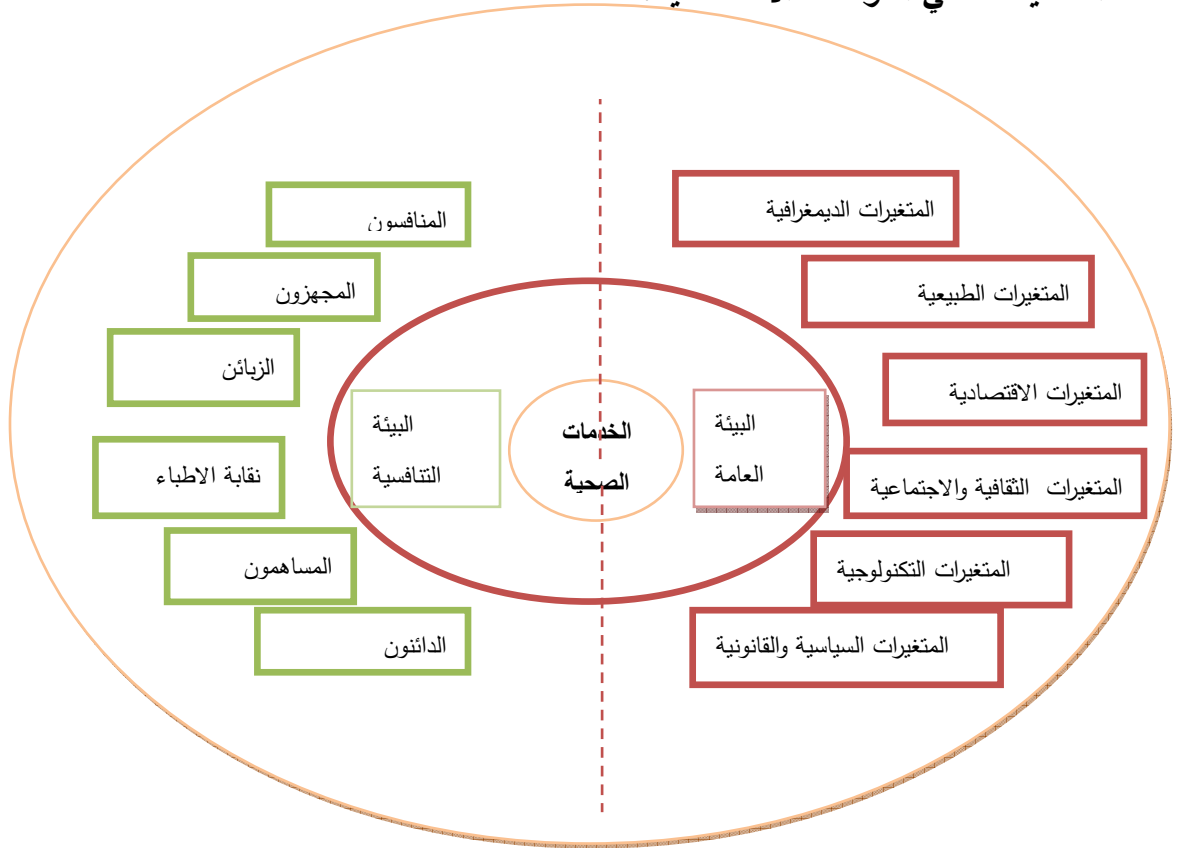
<sup>4</sup>ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص ص 23-32.

1- البيئة الخارجية المحيطة بالمستشفى: طالما ينظر إلى المستشفى بكونها نظام مفتوح تؤثر وتتأثر بالبيئة المحيطة بها، فانه من الواجب عليها أن ترصد وتتابع باستمرار المتغيرات التي تحتويها بهدف استقراء المستقبل والتكيف معه قدر الإمكان لكي تقدم خدماتها الصحية إلى المجتمع، وإن دور إدارة المستشفى يستلزم تفهم المتغيرات التي تحدث في البيئة الخارجية ومن ثم التكيف والتفاعل معها إذ يضمن لها التخطيط والتنفيذ السليم لمسار عملها الصحي المخطط.

وعليه فان معرفة المستشفى لبيئتها الخارجية المحيطة بها تعني تفهمها لما يستوجب عمله من جهة، وقدرتها على مواكبة التطورات والتغيرات الحاصلة في البيئة من منافسة واستجابة لحاجات المواطنين ، وعليه فان النتيجة المنطقية لهذه المعرفة تعني إمكانية المستشفى في تعزيز نقاط القوة التي تمتلكها ومعالجة نقاط الضعف وذلك من خلال قدرتها على اقتناص الفرص المتاحة وتجنب التهديدات التي يتعرض لها، وتأسيسا على ذلك فإن تحليل البيئة الخارجية يعني تلمس المسارات الصحية المحيطة بالمستشفى التي قد تؤثر سلبا أو إيجابا على مهامه وأهدافه المخططة لذلك يمكن تقسيم البيئة الخارجية الى مجموعتين كما هو موضح في الشكل الموالي:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - المرجع نفسه، ص 35-36

شكل رقم (42) يبين العوامل والمتغيرات الخارجية التي تؤثر في وضع النظام الصحي - الخدمات الصحية - في المؤسسة الاستشفائية:



المصدر: من إعداد الباحثة .

**1-1- البيئة العامة:** تتمثل هذه البيئة بالمتغيرات التي تتسم في العادة بعدم إمكانية السيطرة عليها من قبل إدارة المستشفى، مما يستوجب التكيف معها سواء كان ذلك في مجال خطتها او مسار عملها في الأداء الصحي، وتتمثل هذه المتغيرات البيئية التالية:

**أ-المتغيرات الديمغرافية:** تتميز هذه البيئة بالتغير السريع وعدم الثبات، مما يؤدي بالتالي إلى زيادة أو انحسار في الطلب على الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفى، وتتمثل هذه المتغيرات كالاتي:

- تغيرات في حجم وتركيبه وتوزيع السكان.

- تغيرات في مستوى الدخل لعموم المنطقة الجغرافية المعنية.

- تغيرات في المستوى التعليمي والوظيفي لأفراد المنظمة الجغرافية المعنية.

إن دراسة هذه المتغيرات لها أهمية كبيرة للمستشفى، لأنها تركز على معرفة الفئات العمرية والجنس والتوزيع الجغرافي للمواطنين والكثافة السكانية....الخ، التي تقودها إلى معرفة طبيعة الأمراض المنتشرة، وأنواع الخدمات الصحية الممكن تقديمها، والأسلوب الذي يمكن اعتماده في ذلك فضلا عن المهام



الإدارية التي يمكن إنطاؤها إلى الأفراد العاملين في المستشفى لتحقيق الأهداف المتوافقة مع هذه المتغيرات الديمغرافية.<sup>1</sup>

جدول رقم(14) يبين التأثيرات الوظيفية للمتغيرات الديمغرافية على الخدمات الصحية المقدمة في

المؤسسة الاستشفائية:

المتغيرات الديمغرافية	تأثيراتها الوظيفية على الخدمات الصحية
عدد السكان	تناسب طردي بين حجم النظام الصحي وحجم السكان .
معدل نمو السكان	يعكس حجم النظام الصحي المستقبلي ومدى ملائمته مع معدلات النمو والحاجات لإجراء التغيرات في النظام الحالي أو إيجاد نظام صحي بديل
توزيع السكان حسب الأعمار والمكان الجغرافي	يحدد نوعية وطبيعة الخدمات الطبية بما يتناسب مع طبيعة الخدمات الطبية المقدمة لكل فئة عمرية وكل منطقة جغرافية.
توزيع السكان حسب الجنس	يحدد نوعية وطبيعة الخدمات الطبية بما يتناسب مع طبيعة الخدمات الطبية المقدمة لكل فئة عمرية
المستوى التعليمي والثقافي للمريض	عندما يكون مستويات الثقافة وتعليم متدنية فان الخدمات الصحية تتجه نحو الرعاية الصحية الأولية والتثقيف الصحي والصحة الشخصية. عندما يكون مستويات الثقافة وتعليم مرتفعة فان الخدمات الصحية تركز على مستويات الرعاية الصحية الثانوية والثالثة المتخصصة.
معدل الدخل	يحدد مدى استخدام واستقدام احدث التكنولوجيا الطبية أو الاستغناء عنها وتحديد مستوى التكاليف الممكن الحصول عنها

المصدر : من إعداد الباحثة ، اعتمادا على ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص ص 37 - 38.

ب- **المتغيرات البيئية الطبيعية:** وتتمثل المتغيرات البيئية في المناخ والطقس والمسكن والأوبئة والحشرات.....، وهي تلعب دورا كبيرا في رسم النظام الصحي بالمستشفى فالأمراض تختلف حسب وجود الحشرات والقوارض وأنواع تلك الحشرات والقوارض ومعدلات الحرارة وطبيعة المناخ التي ترتبط بأنواع محددة من الأمراض دون غيرها، وبالتالي فان الإطار العام للنظام الصحي الموجود سوف يأخذ كل تلك الاعتبارات في الحسبان عند تصميمه وإيجاده.<sup>2</sup>

ج- **متغيرات البيئة الاقتصادية:** تنعكس المتغيرات الاقتصادية على مختلف المنظمات والمستشفى هي واحدة من تلك المنظمات التي تتأثر بشكل واضح في هذه التغيرات، إذ أن صعوبة الوضع الاقتصادي في البلد وتطوره ينعكس سلبا على تقديم ذلك المستوى المطلوب من الخدمات الصحية وبالجودة المطابقة للمواصفات الواجبة وذلك نظرا لصعوبة الحصول على المواد الطبية اللازمة.

<sup>1</sup> - المرجع نفسه ، ص ص 37 - 38.

<sup>2</sup> - صلاح محمود ذياب و عبد الاله سيف الدين ساعاتي ، مرجع سابق، ص49.

كما تنعكس الآثار السلبية للبيئة الاقتصادية على قدرة الجمهور في تسديد تكاليف العلاج الشخصية من جانب ، وقدرة المستشفى في تحمل إجمالي التكاليف إذا ما كانت تعود للدولة من جانب، فضلا عن ضعف إمكاناتها المستقبلية للتطور والتقدم في مجال عملها واستيعابها لحاجات الجمهور، وباتجاه معاكس فان الانتعاش الاقتصادي ينعكس على مجال الصحي ايجابيا حيث يتيح الفرصة أمام المستشفيات في التوسع وتقديم الخدمات الصحية وبمستوى عال من الجودة.<sup>1</sup>

ويمكن حصر أهم عناصر المتغيرات الاقتصادية في نقطتين هما فيما يلي:

- **الموارد الطبيعية المتوفرة:** إن توفر الموارد الطبيعية تعكس القدرة على إيجاد نظام صحي يتناسب مع الموارد المادية تترجم في النهاية إلى موارد مالية ترسم النظام الصحي ومستويات الخدمة الطبية الممكن تقديمها من خلال ذلك النظام الصحي والموارد الطبيعية في اي دولة تتكون من الأمور التالية:

▪ توفر المواد الخام في الطبيعة كالبتروول والمعادن والفوسفات المياه والأسماك والموارد الطبيعية الأخرى ،والتي تجعل للدولة دخل ثابت ومرتفع ينعكس بالتالي على مستوى النظام الصحي وطموحات المواطنين في تلك الدولة.

▪ المستوى الاقتصادي العام ودرجة النشاط الاقتصادي.

- حجم الإنفاق على القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى وهذا الأمر يعكس رقي النظام الصحي ونوعية الخدمات المقدمة ومستوياتها، بالإضافة إلى أن حجم الإنفاق يقيس مستوى تطور الدول أو تأخرها ومدى احترامها لمواطنيها، وكذلك مدى استعدادها للتضحية بمداخيلها.<sup>2</sup>

ح- **متغيرات البيئة الثقافية والاجتماعية:** تتبع أهمية دراسة البيئة الثقافية والاجتماعية من قبل إدارة المستشفى في معرفة ما يحمله أفراد المجتمع من قيم ومعتقدات ومفاهيم تقود المظاهر الاجتماعية السائدة في المنطقة ، وبالتالي تأثيرها في أداء وتنفيذ الخدمات الصحية المقررة، فضلا عن كون القرارات التي تصدر عن المسؤولين في المستشفى تكون أكثر دقة وارتباطا بالواقع والاحتياجات الصحية للمواطنين، ويتحقق هذا الفهم والاستيعاب للبيئة الثقافية والاجتماعية من خلال ما يلي:

- إن لكل مجتمع من المجتمعات خصائص تجعله متميزا عن المجتمعات الأخرى وذلك إما نتيجة لعوامل بيئية أو حضارية أو ثقافية أو نتيجة لعادات وتقاليد متوارثة.

<sup>1</sup>- ثامر ياسر البكري،مرجع سابق، ص 39.

<sup>2</sup>- صلاح محمود ذياب و عبد الاله سيف الدين ساعاتي ، مرجع سابق، ص 49.

- على الرغم من وجود ثقافة رئيسية سائد في كل مجتمع، إلا انه لا يخلوا مجتمع من الثقافات الفرعية أو الثانوية التي تتشابه مع الثقافات الرئيسية في أمور وتختلف في أمور أخرى.

- إن العوامل الثقافية والاجتماعية تؤثر في نظرة الأفراد أنفسهم وفي نظرة الآخرين مما ينعكس على منظمات الأعمال والمجتمع الذي ينتمون إليه.

إن المتغيرات الثقافية والاجتماعية لها تأثير على نشاط المستشفى ، إذ أن المستوى الثقافي والاجتماعي والعادات والتقاليد تؤدي دورا مهما في قدرة المستشفى على تقديم خدماته الصحية وتحديد مدى الإقبال على تلك الخدمات ، إذ ما جدوى تقديم خدمات إرشادية وعلاجية لا تلقى استجابة أو فهما واستيعابا للتنفيذ من قبل المواطنين ،الذين توجه إليهم المنظمة الصحية المعنية في ذلك البرنامج الوقائي العلاجي المقرر، وهنا يتطلب الأمر التخطيط المسبق لكيفية التعامل مع هذه الحالة، وتحديد الأسلوب الأفضل في الدخول إلى مثل هذه البيئة الاجتماعية والثقافية والتي تحكمها عادات وتقاليد موروثة يصعب تجاوزها في بعض الأحيان وبالسرعة الكافية.

خ- **متغيرات البيئة السياسية والقانونية:** تتمثل بالأنظمة والقوانين والقرارات التي تتخذها الدولة حيال الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع والرقابة على إدارة هذه الخدمات، كما تعكس هذه البيئة قدرة المستشفى في التحرك ضمن توجهات الدولة وأفاق تطورها المستقبلي، أو بالعكس عندما تكون محددة للدخول في بعض الأنشطة والخدمات الصحية التي يستوجب توافر الشروط المناسبة لها وقبل الدخول فيها، وتؤثر البيئة السياسية والقانونية على تقديم الخدمات الصحية من خلال:

- تحديد طبيعة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات من حيث النوع والكثافة والشمولية.
- تحديد أسعار الخدمات الصحية بمختلف أشكالها وتخصصاتها العلاجية والشخصية.
- تحديد أماكن ومواقع الخدمة الصحية والأسلوب الأفضل في تقديمها للمواطنين.
- تحديد القواعد الأخلاقية المتعلقة بأداء الخدمة الصحية.<sup>1</sup>

د- **المتغيرات التكنولوجية:** يستخدم المستشفى الحديث اليوم تكنولوجيا طبية متقدمة ومعقدة ، كان لها اكبر أثر على أهدافه القابلة للتحقيق وعلى هيكلته التنظيمية وأنظمتها الفرعية الأخرى، ولم تقتصر التكنولوجيا على الآلات والمعدات والأجهزة الطبية المعقدة، بل تتعدى ذلك إلى الجانب المادي للتكنولوجيا وما تتطلبه من أبنية و إنشاءات وتصاميم خاصة ومعقدة لاستيعاب هذه التكنولوجيا المتقدمة بالإضافة إلى المهارات والتخصصات الفنية المتعددة لإدارة وتشغيل هذه المعدات.

<sup>1</sup>- ثامر ياسر البكري، مرجع سابق ، ص ص 39-40.

ونتيجة لهذا التقدم والتعقيد في التكنولوجيا ازداد دور الأطباء أهمية في المستشفى كونهم هم المستخدمين لهذه التكنولوجيا، و ازدادت كذلك أهمية المستشفى كونه المؤسسة الرئيسية التي تستطيع تجميع التكنولوجيا الطبية والمعرفة والمهارات والمعدات المتخصصة الضرورية لرعاية المريض ومعالجته، كما أدت هذه التعقيدات المتزايدة إلى حاجة أكبر لأساليب محسنة وجديدة في التنظيم والإدارة لتنسيق الجهود والأنشطة وتكاملها ولتحقيق الاستعمال الأمثل لهذه الأجهزة والمعدات المرتفعة التكاليف.<sup>1</sup>

### 1-2- البيئة التنافسية:

وهي مجموعة المتغيرات المحيطة بالمؤسسة الصحية وذات العلاقة المباشرة بها تؤثر و تتأثر بها، لذلك فإن هذه المتغيرات من شأنها أن تؤثر على المركز التنافسي للمستشفى، في مجال عمل المستشفيات في القطاع الخاص من حيث حصتها السوقية من المرضى و قدرتها على قيادة الوضع التنافسي في مجال تقديم الخدمة الطبية، و تعد متغيرات البيئة التنافسية إلى حد ما متغيرات شبه مسيطرة عليها قياسا بما هو عليه في البيئة العامة، و تتمثل المتغيرات فيما يلي :

#### أ- المنافسون:

يعد التنافس من أخطر العوامل التي تستخدمها و تواجهها المنظمات عامة في سبيل البقاء و التقدم والتطور، لان المنافسين في السوق و في مجال العمل نفسه لن يقبلوا في أن يبقوا على وضعهم الراهن ، إذا ما كانت فرص التقدم أو الحصول على حصة سوقية أفضل مائلة أمامهم و لتحسين وضعهم التنافسي في السوق.

و المستشفى الناشط عليه أن يقوم بتحليل للمستشفيات المنافسة سواء الحالة الانية أو المرتقبة و القيام بتحديد أوضاعهم و مستوياتهم في السوق الصحي، كما يستوجب الأمر أن يحدد المستشفى موقفه قياسا بالمستشفى القائد في السوق التنافسي، ليتم فيما بعد القيام بوضع الإستراتيجية التنافسية التي تضمن للمستشفى البقاء و الاستمرار في السوق الصحي.

ب- **المجهزون:** ويمثلها المؤسسات والأفراد الذين يقومون بتزويد المنظمة بمستلزمات القيام بأعمالها من مواد وتجهيزات ..... للقيام بإنتاج الخدمات و تقديمها، و يرى porter أن المجهزين هم احد أهم القوى في البيئة التنافسية و ذلك من خلال القوة التفاوضية التي يتمتعون بها و ما يؤديه من دور بارز في حياة المنظمات المختلفة و منها منظمات الرعاية الصحية، إذ يعد المجهزون الأساس في تزويد المستشفى بالأجهزة الطبية اللازمة للقيام بالعمليات التشخيصية و العلاجية للمرضى ، و على

<sup>1</sup> - فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق ، ص 83.

المستشفى أن يقوم بالتعرف على عدد المجهزين و مستوياتهم و نوعية المواد والأجهزة التي يتعاملون بها سواء على المستوى المحلي أم الدولي، و ذلك ضمانا للمستشفى في استمرار تدفق الأجهزة و المستلزمات الطبية بتقديم خدماته الصحية.

ذ- **نقابة الأطباء:** يتمثل دور نقابة الأطباء في إسناد العمل الطبي باللوائح و الأنظمة التي تحافظ على أخلاقيات المهنة و حماية الكادر الطبي من أية انحرافات عن مسار عمله، فضلا عن تدخلها لإسناد حقوقه وإقرار واجباته في العمل مع المستشفى، سواء كان في إقطاع الحكومي أو القطاع الخاص، و تنمية مهاراته و قدراته العملية و بما يمكنه من أن يسهم إيجابا في اللقاءات و النقاشات العلمية الموسعة.

ر - **الزبائن(المرضى):** الزبائن يؤدون دورا مهما و بارزا في تحديد أبعاد البيئة التنافسية، إذ يمكن معرفة اتجاهات و معتقدات الأفراد داخل المجتمع من خلال سلوكهم في تلك البيئة، فعلى المستشفى أن يقوم بدراسة حاجات المرضى و نوعية الخدمات الأكثر طلبا و نوعية الأمراض المنتشرة، و ذلك حتى يقوم المستشفى بتقديم الخدمات التي تناسب مع هذه الحاجات المطلوبة عملها، و لكي تتمكن إدارة المستشفى من تحقيق رسالتها الإنسانية من جانب، و بقائها في جو التنافس الذي يضمن لها الدوام و الاستمرار من جانب آخر.

ز - **المساهمون:** يمكن تلمس هذه المجموعة في المستشفيات الخاصة بشكل واضح من خلال إسهامهم المالي في تكوين وإنشاء المستشفى وإدارته، وقد يكون المساهمون أطباء أو ممولين (أصحاب رأس مال)، وهؤلاء دور كبير في قيادة مسار إدارة المستشفى وبلوغها للأهداف المخططة وسيادة القواعد والإجراءات الإدارية والطبية في عمل المستشفى.

س - **الدائنون:** هي الجهات التي تمول المستشفى سواء كانت أفراد أو مصاريف، ومن شأنهم إحداث تدخل غير مباشر على عمل وقرارات المستشفى من خلال الرقابة على مسار العمل لضمان استرداد قروضهم والفوائد المترتبة على ذلك التمويل، لذلك يعدون أحد أهم العناصر المؤثرة في بيئة أعمال المستشفى وقراراتها المتخذة.<sup>1</sup>

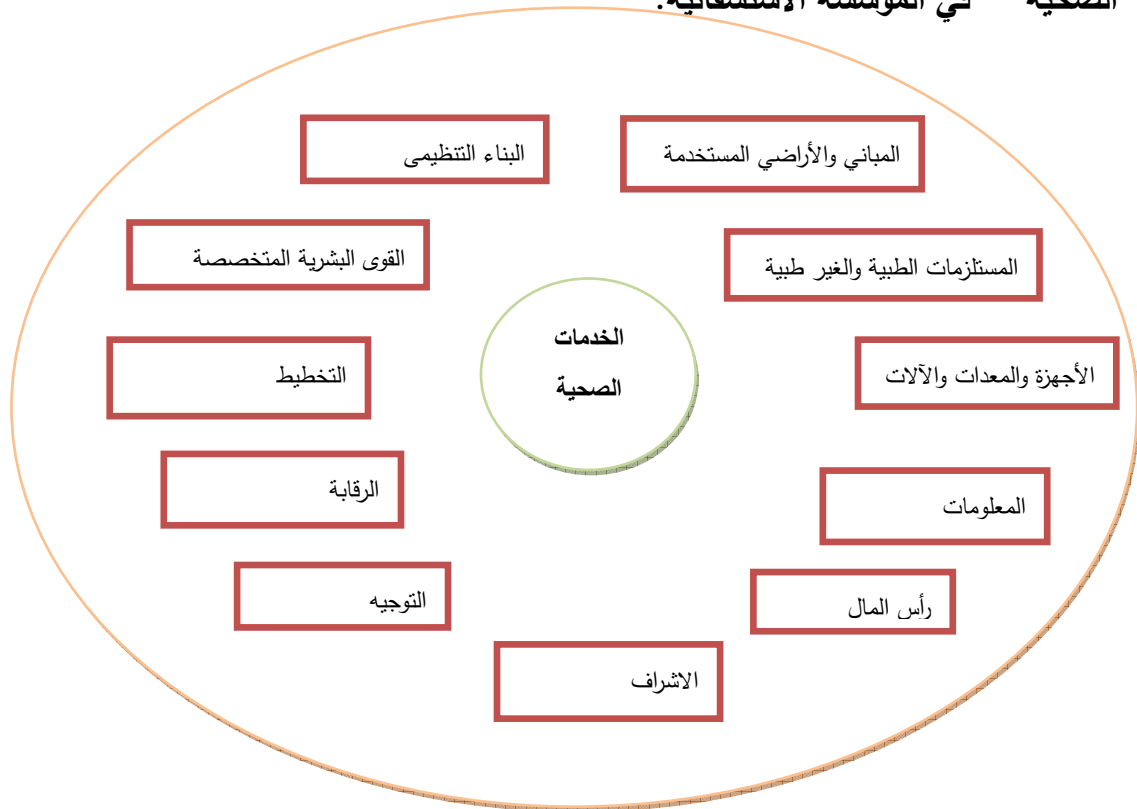
## 2- البيئة الداخلية للمستشفى:

إن عملية تحليل البيئة الداخلية للمنظمة لها أهمية خاصة نظرا لما تحققه من تحديد للإمكانيات المتوفرة لدى المنظمة سواء كانت مادية أم بشرية، فهي تحدد مناطق القوة ومناطق الضعف في المؤسسة،

<sup>1</sup>- ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 42-44.

مما يساعد في معرفة موقع المؤسسة في السوق مقارنة بالمؤسسات المنافسة ، وهذا يساعد المؤسسة على معرفة كيفية استغلال الفرص المتوفرة في البيئة المحيطة كما يساعد في تجنب المنظمة للمخاطر والتهديدات المتوقعة، كما تسهم عملية التحليل البيئي الداخلي في تكامل عملية التحليل الاستراتيجي حيث أن التكامل بين التحليل البيئي الداخلي و الخارجي مع بيئة العمل يوفر التكامل لعملية التحليل الاستراتيجي وتمثل البيئة الاستشفائية فيما يلي:<sup>1</sup>

شكل رقم (43) يبين العوامل المتغيرات الداخلية التي تؤثر في وضع النظام الصحي - الخدمات الصحية - في المؤسسة الاستشفائية:



المصدر: من إعداد الباحثة.

**2-1- المباني والأراضي المستخدمة:** ويشمل ذلك العيادات والمراكز الطبية (المستوصفات) والمستشفيات والصيدليات والمختبرات على أن تكون هذه المباني مصممة بشكل يساعد على تقديم خدمات الرعاية الصحية، حيث يضم المركز الطبي أو المستشفى العديد من المرافق كغرف المرضى والحمامات والممرات ومحطات التمريض والمخازن والأقسام الطبية، وان توفير المباني بتصميم جيد ومساحة كافية وموقع منظم يتيح لكل من العنصر الأول والثاني تقديم الخدمة في ظروف بيئية مناسبة

<sup>1</sup> - سنوسي علي، مرجع سابق، ص 144.

وكذلك توفير ظروف البناء الداخلية كالتهووية والإنارة والتدفئة والنظافة والتأثير وأماكن الانتظار والراحة وغيرها من المرافق.....الخ.

**2-2- الأجهزة والمعدات والآلات:** ويعتبر من العناصر الرئيسية أيضا لتقديم خدمات الرعاية الصحية، وان توفير الأجهزة والمعدات والتكنولوجيا المناسبة تساعد في تشخيص الأمراض وعلاجها وتساعد في زيادة مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة للمرضى ، وتسعى الكثير من المؤسسات الصحية والمستشفيات إلى امتلاك أحدث التكنولوجيا والأجهزة رغبة منها في زيادة قدرتها التنافسية على تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية، ومن المؤكد أن المؤسسات لا تمتلك جميعها نفس المستوى من الأجهزة لتباين قدراتها المالية، إلا أن توفرها يكون عامل جذب للمرضى لتلقي الخدمة الصحية، وعلى المؤسسة الصحية أن تحسن استعمال هذه الأجهزة والمعدات لتفادي وجود حدوث أي خلل في الخدمة المقدمة للمريض، وتعتبر المواصفات المتطورة لهذه الأجهزة وقدرتها على التشخيص أو العلاج من الأمور التي تسعى المؤسسة الصحية وبشكل دائم البحث عنها والحصول عليها.

**2-3- المستلزمات الطبية والغير طبية الأخرى:** إن توفير هذه المستهلكات بالكمية والنوعية المناسبة في زيادة مستوى الخدمة الصحية المقدمة، ولذلك فإن على المؤسسة الصحية بذل الجهد من خلال دائرة المشتريات والتزويد بالحصول على أفضل النوعيات وتخزينها بالكميات المناسبة، ورغم تكاليفها البسيطة أحيانا إلا أن هذه المستهلكات تعتبر مؤشرا هاما على مدى اهتمام إدارة المستشفى على رفع مستوى الخدمات المقدمة.

**2-4- المعلومات:** إن توفير المعلومات الدقيقة عن مختلف الجوانب الصحية في المجتمع وفي العالم أحيانا يزيد من قدرة المؤسسة الصحية على تقديم الخدمات الصحية، وترتبط المعلومات بالتنظيم الجيد والسياسات والإجراءات المتبعة في تقديم الخدمة الصحية ومدى تسهيل الإجراءات والخطوات لتلقي المريض العلاج المناسب في الوقت والمكان المناسبين.<sup>1</sup>

**2-5- القوى البشرية المتخصصة:** إن تحقيق الأهداف يتطلب الكوادر الطبية والتمريضية المتخصصة والتي تحتاجها المؤسسة الصحية، وهذا يشمل التوفر العددي ( الكمي) والتوفر النوعي في جميع مراحل تقديم الخدمة الصحية في مختلف الفترات الزمنية، ويتطلب التركيز على الكوادر البشرية ابتداء من الاختيار والتوظيف ومرورا بالمحافظة على استمرارية عمل تلك الكوادر البشرية داخل المؤسسة الصحية وتجنب دوران العمل.

<sup>1</sup> - صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص ص 175-176.

**2-6- رأس المال:** تتبع الحاجة إلى رأس المال من أجل تغطية تكاليف المصاريف إضافة إلى الاستفادة من فرص الاستثمار والتوسيع في تقديم الخدمات الطبية بجودة عالية، إلا أن الحديث عن رأس المال في القطاع الصحي يأخذ شكلين أو بعدين ، الأول يمتاز بالأهمية القصوى وذلك في المستشفيات وفي القطاع الخاص أما البعد الثاني فيكون أقل أهمية في القطاع الحكومي ، وفي كلا الحالتين فإن أهمية رأس المال في القطاع الصحي محدود مقارنة بالقطاعات الصناعية والتجارية الأخرى، و يشكل رأس المال العنصر الأساسي في مدخلات العملية الإدارية في القطاع الخاص و الهدف الرئيسي ربحي مع تقديم الخدمات ، لذلك فإن دراسات الجدوى الاقتصادية تكون مهمة ويتم التركيز عليها بشكل كبير، في حين أن مؤسسات القطاع الصحي العام (الحكومي) لا تركز كثيرا على الدراسات المتعلقة بالجدوى الاقتصادية و لا تهدف إلى تحقيق مستوى معين من الأرباح ، ويعتبر رأس المال عنصرا مهما من عناصر المدخلات للعملية الإدارية في المؤسسات الصحية و لا يمكن الاستغناء عنه أو تجاهله <sup>1</sup>.

**2-7- البناء التنظيمي:** إن التنظيم كأحد الوظائف الإدارية يرتبط بالجماعة ، ويقصد بالتنظيم الإطار الهيكلي الذي تتشكل فيه الجهود لتحقيق الأهداف من خلال التكامل والكفاءة والفعالية ، ومن خلاله أيضا يتم توزيع السلطات وتنسيق العلاقات بين مجموعات متعاونة من الأفراد تسعى إلى تحقيق هدف معين ومشارك <sup>2</sup>.

تتعدد نماذج وأشكال البناء التنظيمي حسب أهداف وأغراض المستشفى وحسب الحجم ومستوى العمل وعدد الموظفين التابعين له، ولتنظيم شكلان رئيسيان هما الشكل الكلاسيكي ( الميكانيكي ) والشكل العضوي وكل نموذج أو شكل له خاصيته في تقديم الخدمات الصحية .

**أ- الشكل الكلاسيكي أو الميكانيكي:** يشبه هذا النموذج إلى حد كبير النموذج البيروقراطي للمؤسسة، حيث تربطه عدة نقاط مشتركة مثل:

- تقسيم نشاطات المنظمة إلى تخصصات دقيقة ومحددة.
- تعريف واضح للتسلسل الهرمي في المنظمة.

<sup>1</sup> - صلاح محمود ذياب وعبد الاله سيف الدين الساعاتي، مرجع سابق، ص ص 26-37.

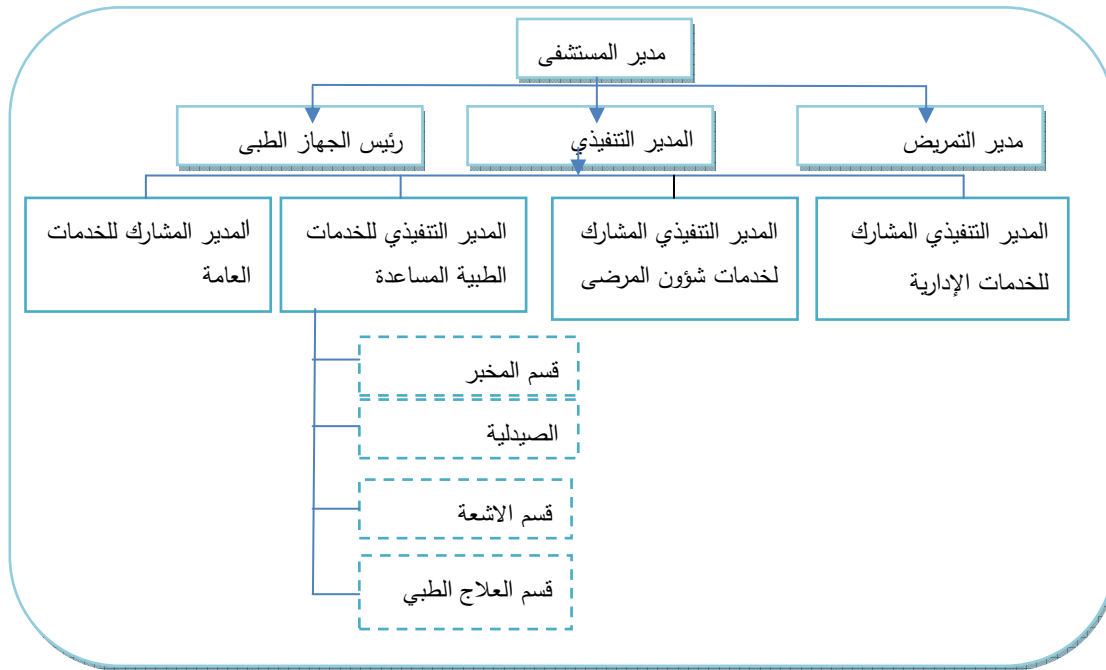
<sup>2</sup> - صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 19.



### أ\_1\_ التنظيم التنفيذي للمستشفى (التنظيم الراسي):

من خصائص هذا التنظيم التسلسل الرأسي أو العمودي للمسؤوليات والقرارات من اعلي إلى أسفل، وهذا الهيكل خاص بالمنظمات التي تقوم بعمل روتيني غير معقد ولا يحتوي على كثرة التخصصات، أين كل عامل له نشاط محدد معتاد على أدائه بالإضافة إلى معرفة رئيسية والسلطات المخولة له. لا يمكن تطبيق هذا التنظيم في المنظمات التي تحتوي على الكثير من التخصصات والتي تحتاج إلى استشارة عدة رؤساء مباشرين وغير مباشرين، ويمكن تصور الهيكل التنظيمي الخطي أو الرأسي<sup>1</sup> للمستشفى كما يلي:

شكل رقم(44) يبين الهيكل التنظيمي التنفيذي للمستشفى:



المصدر: الحاج عرابية ، ازدواجية السلطة في المستشفيات ، مجلة الباحث، العدد 7، ورقلة، 2009-2010، ص 135.

إن من مزايا التنظيم السابق بالنسبة للخدمات الصحية انه يوفر ما يلي:

- سرعة البت في الأمر: وهو ما يناسب الطبيعة الاستعجالية لعمل المستشفى.
- وضوح خطوط السلطة الرأسية المباشرة: مما يسهل تحديد أمر المسؤولية في المستشفى بشكل قاطع.

<sup>1</sup> - مليكة غواري ، مرجع سابق، ص 90.

- توفير سبل الاتصال بين أجزاء المستشفى: مما يساعد على تنسيق الجهود في الجزء العلوي والسفلي فيه

**لكن من عيوب هذا التنظيم بالنسبة للخدمات الصحية ما يلي:**

- إن تقسيم العمل فيه لا يقوم على أساس التخصص لذلك يصعب تطبيقه على المؤسسات المتخصصة كالمستشفيات، فرييس الجهاز الطبي في المستشفى لا يستطيع الإشراف مباشرة على الأطباء في التخصصات المختلفة، كما انه لا يستطيع القيام بجميع الأعباء الإدارية دون الاستعانة بالمتخصصين.

- عدم شموله على نظام الترقية واقتصاره على المناصب العليا خاصة بالنسبة للمستشفيات الصغيرة.<sup>1</sup>

**أ\_2\_ التنظيم التنفيذي الاستشاري للمستشفى:**

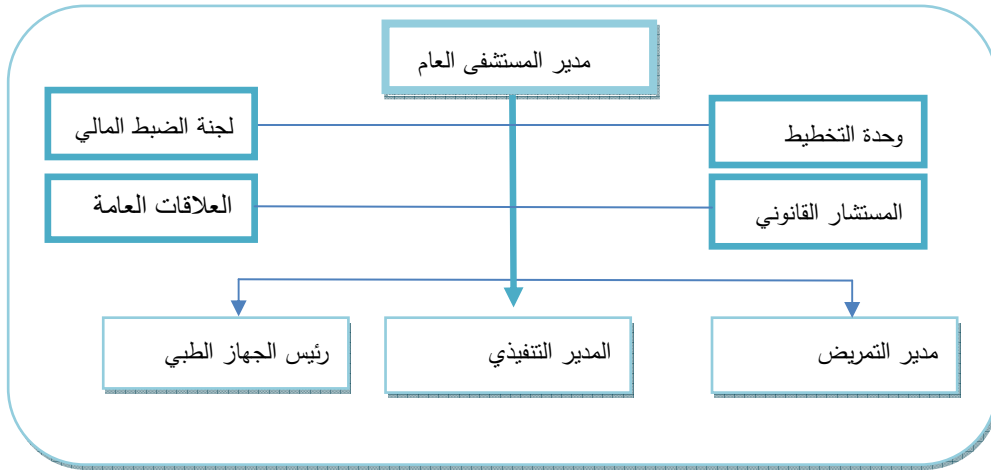
يتم انتقال السلطة عموديا (راسيا) كاللتنظيم السابق، بالإضافة إلى ذلك يتوسط المدير والمدراء التنفيذيين من جهة ورؤساء الأقسام هيئات استشارية تسهر على مد المدير العام بالمعلومات الكفيلة باتخاذ أحسن القرارات التي سوف تترجم عموديا.

ما يمكن القول على هذا الهيكل التنظيمي انه خاص بالمؤسسات الاستشفائية ذات حجم اكبر من النوع السابق للتنظيم والتي تستدعي استشارة مستمرة من أصحاب الاختصاص، في هذه الحالة يأخذ المسير العام القرار بعد استشارة الإداريين المختصين ثم يعطي الأوامر للمديرين التنفيذيين من اجل تنفيذه ميدانيا.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>- الحاح عراية ، مرجع سابق ،ص 135.

<sup>2</sup>- مليكة غواري ، مرجع سابق، ص 91.

شكل رقم(45) يبين التنظيم التنفيذي الاستشاري للمستشفى:



المصدر: مليكة غواري ، مرجع سابق ، ص92.

ومن مزايا هذا التنظيم بالنسبة للخدمات الصحية انه:

- انسب أشكال التنظيم للمستشفيات الكبيرة.
- وضوح مصدر الأمر بالنسبة للمرؤوسين العاملين في المستشفيات، فضلا عن معرفتهم لواجباتهم ومسئولياتهم.

ومن بين عيوبه هذا التنظيم بالنسبة للخدمات الصحية ما يلي:

- احتمالية نشوء صراع بين الاستشاريين والتنفيذيين خاصة في حالة إخفاق المستشفى.
- إن التنظيم التنفيذي الاستشاري يصعب تطبيقه على المستشفى، لان القرارات الواجب اتخاذها من الإدارة التنفيذية تحتاج إلى مستشارين متخصصين في مجالات العمل المختلفة.<sup>1</sup>

أ\_ 3\_ التنظيم الوظيفي للمستشفى:

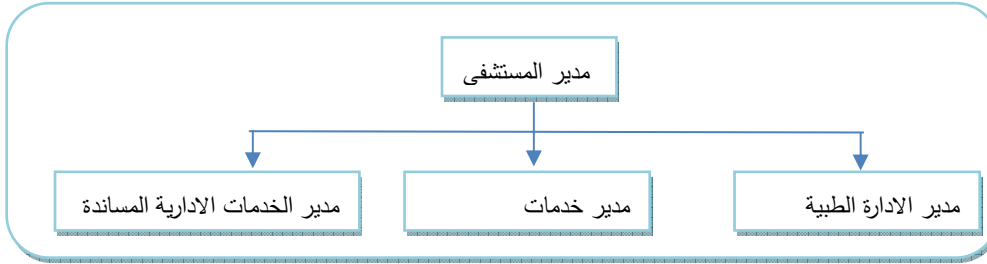
- يقوم هذا التنظيم على تقسيم العمل إلى دوائر متخصصة وإذا قمنا بإسقاط فحواه على المستشفى سنقوم بتقسيمه إلى ثلاث إدارات وظيفية كما يلي:
- الإدارة الطبية: وتعتبر مسؤولة عن كافة الأنشطة الطبية المتعلقة بإنتاج وتقديم الخدمات الطبية والجراحية.
  - إدارة التمريض: وتعتبر مسؤولة عن إدارة كافة الأنشطة المتعلقة بإنتاج وتقديم خدمات التمريض.

<sup>1</sup> - الحاج عرابة ، مرجع سابق ، ص 136.

- الإدارة العامة: وتعتبر مسئولة عن إدارة كافة الأنشطة غير الطبية وغير التمريضية في المستشفى كالمشؤون الإدارية والمالية والخدمية الأخرى.

ويشكل مدرء هذه الإدارات الثلاثة فريقا إداريا متعاوننا وعلى نفس المستوى الإداري ويرأس هذا الفريق مدير المستشفى كقائد لهذا الفريق والذي يعمل بدوره وكيلا لمجلس الإدارة كما يبين الشكل التالي:<sup>1</sup>

شكل رقم (46) يبين الهيكل التنظيمي الوظيفي للمستشفى:



المصدر: فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق ، ص 215.

ومن مزايا هذا التنظيم انه يمكن من اتخاذ القرارات بأسلوب مباشر نسبيا (من وجهة النظر الإدارية)، ولكن يبقى لهذا التنظيم بعض العيوب بالنسبة للخدمات الصحية على غرار باقي المنظمات وهذه العيوب:

- احتمالية عدم وضوح السلطة والمسؤولية للموظفين، بسبب تداخل اعمال الفنيين والتنسيق الداخلي بين أقسامها.

- عدم ملائمتها للمنظمات (المستشفيات الكبيرة) والتي تتنوع خدماتها، بسبب انه يضعف التنسيق الداخلي بين أقسامها.<sup>2</sup>

ب- التنظيم العضوي للمستشفى (المصفوفي): هو عبارة عن بناء جديد يتكون من خطين للسلطة الخط العمودي والخط الأفقي، وغالبا ما يتكون الخط الأفقي من الإدارات والأقسام الطبية كطب الباطني وطب الأطفال والجراحة... الخ، أما الخط العمودي فغالبا ما يتكون من إدارات المهن الطبية المساندة والإدارية كالتمريض والصيدلة والمختبر...

وقد جاء هذا البناء نتيجة لتزايد أعداد المهن والوظائف التي تعمل في المستشفى، وكذلك ازدياد الحاجة نحو التكامل والتنسيق بين مختلف المهن والوظائف في المستشفى، إلا أن هذا التنظيم قد خلق نوعا من الصراع على السلطة وعدم وجود الولاء لدى بعض الموظفين نتيجة للصراع وللخلافات على

<sup>1</sup> - فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق ، ص 214.

<sup>2</sup> - عرابية الحاج، مرجع سابق ، ص 136.

السلطة ووجود الازدواجية في الأدوار وعدم وضوح السلطة بين الخطين الأفقي والعمودي ،إلا أن هذا النوع من البناء يتميز بالمرونة في استغلال العنصر البشري وزيادة المعرفة والمهارات الإدارية ومهارة الاتصال والنقاش والإقناع.<sup>1</sup>

## 2-8- التخطيط:

إن التخطيط الصحي يهتم بالجهد الذي يبذل من اجل تحقيق مجموعة من الأهداف في مجال صحة الفرد والمجتمع والبيئة وكذلك دراسة الواقع الحالي ، من اجل تحقيق أهداف صحية مستقبلية منطقية ومقبولة مع الأخذ بعين الاعتبار الدراسات السابقة - في المجال الصحي والرعاية الصحية والطبية والبيئية والصحة العامة - و العوامل البيئية الخارجية والداخلية للمؤسسة الاستشفائية.

### أ- مراحل التخطيط الصحي للخدمات:

- **المرحلة الأولى:** تبدأ المرحلة الأولى من التخطيط الصحي بوضع الأهداف المرغوب تحقيقها ضمن جدول زمني وفترة زمنية معلومة، مع تحديد الأهداف الرئيسية والأهداف الفرعية وأولويات تحقيق تلك الأهداف، ويتم تحديد الأولويات في ضوء الأهمية وتوفر الموارد المادية والبشرية للمؤسسة الصحية.

- **المرحلة الثانية:** اختيار البديل الأفضل من بين مجموعة من البدائل للخطط الموضوعية ،وهذا يعني انه لا يمكن قبول خطة واحدة فقط ، بل يجب إيجاد أكثر من بديل للخطة الواحدة ومن ثم اختيار الخطة الأنسب من بين مجموعة البدائل التي تم وضعها في ضوء السهولة والتكلفة والأنسب للإدارة العليا وعوامل أخرى تحددها الإدارة العليا أو أصحاب القرار لاختيار البديل الأفضل للخطة المراد تطبيقها لتحقيق الأهداف الموضوعية، شريطة أن تكون أي خطة بديلة متسمة بالمرونة وعملية اختيار البديل الأفضل من أصعب القرارات لأنها تحتوي على درجة من المخاطرة والتكلفة والجهد الإضافيين في حالة عدم النجاح.

- **المرحلة الثالثة:** تنفيذ الخطة ومتابعتها وفي هذه المرحلة يتم تطبيق الخطة التي تم اختيارها من بين مجموعة البدائل الموضوعية ،على أن يكون هناك التزام بتطبيق الخطة وتنفيذها من قبل الإدارة العليا والأفراد العاملين على حد سواء ،بالإضافة إلى تهيئة الظروف البيئية المناسبة لإنجاز وتطبيق الخطة كتوفير المعلومات الدائمة والتقييم الدائم وتوفير الدافعية والحوافز للعاملين للاستمرار في المحافظة على

<sup>1</sup> - صلاح محمود ذياب و عبد الاله سيف الدين الساعاتي، مرجع سابق، ص 153.

تنفيذ الخطة بشكل مركز ومستمر وإزالة أي غموض أو سوء فهم أو عدم وضوح أي مرحلة من مراحل التنفيذ.

- **المرحلة الرابعة:** وهي تقييم النتائج وتتضمن هذه العملية مراجعة جميع مراحل الخطة لبيان نقاط القوة والضعف، وهذه المرحلة تتم من خلال عملية التنفيذ وهي في نهاية التنفيذ أيضاً، حيث يتم قياس مدى تحقيق الأهداف الموضوعية والإجابة على السؤال التالي: هل تم فعلاً تحقيق الأهداف والى أي درجة تم تحقيق الأهداف؟ وإذا كان هناك نقص أو فشل في تحقيق الأهداف فما هي الأسباب؟ وما هي الحلول؟ كل ذلك يتم الإجابة عليه والعمل على اتخاذ الإجراء التصحيحي المناسب في ضوء النتيجة التي تم التوصل إليها<sup>1</sup>

شكل رقم (47) يبين مرحل التخطيط الصحي للخدمات في المؤسسة الاستشفائية:



المصدر: من إعداد الباحثة، باعتماد على صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 18

إذن فالتخطيط عملية فكرية مستقبلية تعتمد على المنطق والترتيب وتوافر قاعدة جيدة من البيانات وتنتهي بوضع خطة تتضمن الأهداف والسياسات والإجراءات والقواعد والموازنات والجدول الزمني الخاصة بالتنفيذ، وتتطوي عملية التخطيط في المستشفيات على العمليات الفرعية التالية:

- الخدمات التشخيصية والعلاجية بمختلف الأقسام الداخلية والخارجية.

<sup>1</sup> - صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص ص 16-18.

- الخدمات الطبية والاسعافية في مرحلة ما قبل دخول المستشفى.
- خدمات التمريض والإشراف على المتطلبات المعيشية للمرضى.
- الخدمات الصيدلانية وتوفير وتخزين وتوزيع وصرف الأدوية.
- خدمات المختبرات وبنوك الدم والتحاليل المخبرية والفحوصات المتخصصة.
- الخدمات الغذائية وتوفير الوجبات الغذائية للمرضى.
- خدمات استقبال وتسجيل المرضى والإحالة إلى الأقسام العلاجية.
- التجهيزات والمباني والمرافق الطبية.
- برامج التدريب والتعليم والبحوث وتطوير القوى العاملة الطبية والإدارية.
- برامج الرعاية الصحية الأولية.<sup>1</sup>

ويفيد وضع الأهداف العامة والتفصيلية في المجالات السابقة في تقدير الاحتياجات المادية والبشرية للتنفيذ وإعداد ما يرتبط بها من موازنات مالية وبرامج ومشروعات عمل، كما أنها تمثل الإطار العام لما يتم اتخاذه من قرارات على جميع المستويات الإدارية، إضافة إلى أنها تمثل الركيزة الأساسية في قياس وتقويم أداء مختلف العمل ومختلف فئات العاملين وبذلك تقدير الاحتياجات المستقبلية.

## 2-9- التوجيه:

يعتبر التوجيه من الوظائف الإدارية الأساسية وقد اختلفت الأدبيات في النظر إلى التوجيه، فمنهم من يربط التوجيه بالإشراف واعتبر التوجيه والإشراف وجهتين لعملة واحدة، وبالتالي تحدث عنها كشيء واحد وربطهما بالعمل، ومن الأدبيات من ربطت التوجيه بالقيادة واعتبرت التوجيه الانقياد لجماعة ما داخل المؤسسة، وبالتالي اعتبرت التوجيه عبارة عن إصدار إرشادات للموظفين الذين يعملون مع مدير أو القائد في المؤسسة، واعتبرت وظيفة التوجيه منسجمة مع طبيعة القيادة الإدارية والتي تعتمد على التنظيم غير الرسمي و بناءا عليه تم دراسة التوجيه من وجهة نظر قيادية.

انه من خلال وجود التوجيه أو القيادة الإدارية يمكن غرس الحماس والالتزام بالعمل، في حين غياب التوجيه يعمل على إحباط العاملين وعدم وجود الدافعية لديهم للعمل، ومن هنا يعرف التوجيه على انه تعريف الموظف أو العامل الجديد بالوضع العام والخاص للمؤسسة من حيث السياسات والأهداف والقوانين والأنظمة المعمول بها داخل المؤسسة .

<sup>1</sup> - عبد العزيز مخيمر و محمد الطعمانة، مرجع سابق، ص 23

ويرتبط التوجيه أيضا بكل شيء يتعلق بالمؤسسة والتعريف بتفاصيل المؤسسة من حيث التركيب الإجراءات والخدمات المتوفرة وأية أمور لها علاقة بتنظيم العمل داخل المؤسسة، ويمكن تحقيق التوجيه من خلال إيجاد كتيب أو دليل هذا الدليل يحتوي على كافة المعلومات التي من شأنها أن تهتم الموظفين والعاملين داخل المؤسسة.

تخلق هذه الوظيفة الولاء والالتزام والدافعية لدى العاملين أما في حالة عدم تطبيق أو تنفيذ وظيفة التوجيه فإن الشعور بالغضب والسخط يمكن أن تظهر، ويتطلب إزالة هذه المظاهر فترة طويلة من الوقت وقد يترك الموظف المؤسسة دون زوال هذه المشاعر، ويمكن أن تتم ممارسة هذه الوظيفة من قبل الإدارة العليا أو الإدارة المتوسطة أو الإدارة التنفيذية أو الاشتراك ما بين مختلف المستويات الإدارية.<sup>1</sup>

## 2-10- الرقابة:

إن الرقابة في المؤسسات الصحية والقطاع الصحي عبارة عن وضع الخطط والمعايير المناسبة لطبيعة العمل الطبي التمريضي في المستشفى وإلزام العاملين في المجال الصحي بهذه الخطط ، بالإضافة إلى اتخاذ القرارات التصحيحية المناسبة لتحقيق أفضل جودة ونوعية من الخدمات الطبية التي تحقق الرضا للمريض وأهداف المستشفى<sup>2</sup> ، وتقام الرقابة على الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات من قبل مديري المستشفيات من ناحية و من قبل أجهزة رسمية أو تطوعية من ناحية أخرى وكذلك من قبل الهيئات التنفيذية والتشريعية ، ومن أمثلة ذلك وزارة الصحة ، والمجالس الطبية والبرلمان ،.... و تمس النواحي التالية :

- مراقبة عملية تدفق الخدمات الصحية من المستشفيات.
- مراقبة عمليات التنظيم والتخطيط والتنسيق بالمستشفيات.
- مراقبة الحد الأدنى للأداء الصحي لكل مستشفى ولكل خدمة صحية.
- مراقبة التسعيرة ونظام التسعيرة والتحصيل.
- مراقبة نوع العاملين ومؤهلاتهم من حيث الحجم والعدد والنوع والمستوى أي كما وعددا ونوعا.
- مراقبة مدى تقيد المستشفى بالتشريعات والأنظمة والتعليمات.
- مراقبة التنظيم الإداري ومدى ملاءمته ومرونته<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - صلاح محمود نياض ، مرجع سابق، ص 22.

2 - صلاح محمود نياض و عبد الإله سيف الدين الساعاتي ،مرجع سابق 2009، ص183.

3 - عبد المهدي بوعانة، مرجع سابق، ص144.



أ- أنواع ومستويات الرقابة على الخدمات الصحية في المستشفيات: يمكن تقسيم الرقابة بالمستشفيات إلى أنواع متعددة وفقا للعديد من الأسس مثل الزمن، أو من حيث الشكل أو المضمون، وبصفة عامة فإننا نجد أن أهم الأنواع الشائعة من الرقابة بهذه المستشفيات تتمثل فيما يلي:

#### أ-1- الرقابة الداخلية والرقابة الخارجية بالمستشفيات:

- الرقابة الداخلية: وهي التي تتم من خلال الهيكل التنظيمي في المستشفى وتكون هذه الرقابة أكثر شمولية وتخصصية ودقة وموضوعية، وتشمل أيضا على الرقابة الذاتية التي تعتمد على ضمير ومبادئ العاملين بالإضافة إلى شمولها على الرقابة التلقائية.<sup>1</sup>

- الرقابة الخارجية: فهي تعني قيام أجهزة رقابية مستقلة عن المستشفى بالرقابة على أعمالها، وتشتمل أيضا على الرقابة الخارجية من الأفراد المحيطين بهم في حياتهم .

#### أ- 2- الرقابة القبلية والرقابة البعدية و المتزامنة بالمستشفيات:

- الرقابة القبلية: تلك التي تتم قبل تنفيذ عمل ما وتهدف إلى منع وقوع الأخطاء والانحرافات منذ البداية ويطلق عليها أيضا الرقابة الوقائية<sup>2</sup>

- الرقابة المتزامنة: وهي رقابة تتابع كافة نشاطات المستشفى باستمرار وتقيم الانجازات وتصحيح الانحرافات المباشرة عند حدوث الخطأ.<sup>3</sup>

- الرقابة البعدية: تلك الرقابة التي تتم بعد تنفيذ العمل كله أو بعد تنفيذ مرحلة من مراحلها وتتم عن طريق متابعة الأعمال وحصرها ومقارنتها بالمعايير المرسومة، وبذلك تسعى إلى تقييم الأخطاء بعد وقوعها بغية منع تكرار حدوثها.

#### أ-3- الرقابة المستندية والرقابة الشخصية بالمستشفيات:

- الرقابة المستندية: تلك التي تعتمد على فحص المستندات والتأكد من صحتها وفقا للإجراءات المقررة.

- الرقابة الشخصية: تلك الرقابة التي يلاحظ المديرين سلوك رؤوسهم من خلال اعتمادهم على الملاحظة الشخصية لهذا السلوك.

1 - صلاح محمود نيا ب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، مرجع سابق، ص238.

2 - احمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات، ط1، المكتبة العصرية لنشر والتوزيع، مصر، 2006، ص 229.

3 - صلاح محمود نيا ب وعبد الإله سيف الدين الساعاتي، مرجع سابق، ص 239.

## أ-4- الرقابة الفردية والرقابة الجماعية بالمستشفيات:

- الرقابة الفردية: تلك التي تتم بقيام فرد واحد (مدير مثلا بإحدى إدارات المستشفى) بتقييم أعمال مرؤوسيه ومتابعة أخطائهم والعمل على اتخاذ الإجراءات المناسبة لها.

- الرقابة الجماعية: وهي التي تتم من خلال مجموعة من الأفراد يقومون معا بممارسة مهام الوظيفة الرقابية على المرؤوسين.

## أ-5- الرقابة الدورية والرقابة المستمرة بالمستشفيات:

- الرقابة الدورية: تلك التي تتم في أوقات معروفة وذلك كل فترة زمنية محددة، فقد تتم الرقابة أسبوعيا أو شهريا أو كل ثلاثة أشهر أو كل عام مثلا.

- الرقابة المستمرة: ممارسة مهام الوظيفة الرقابية باستمرار أثناء أداء العمل<sup>1</sup>

## أ-6- الرقابة الايجابية والرقابة السلبية بالمستشفيات:

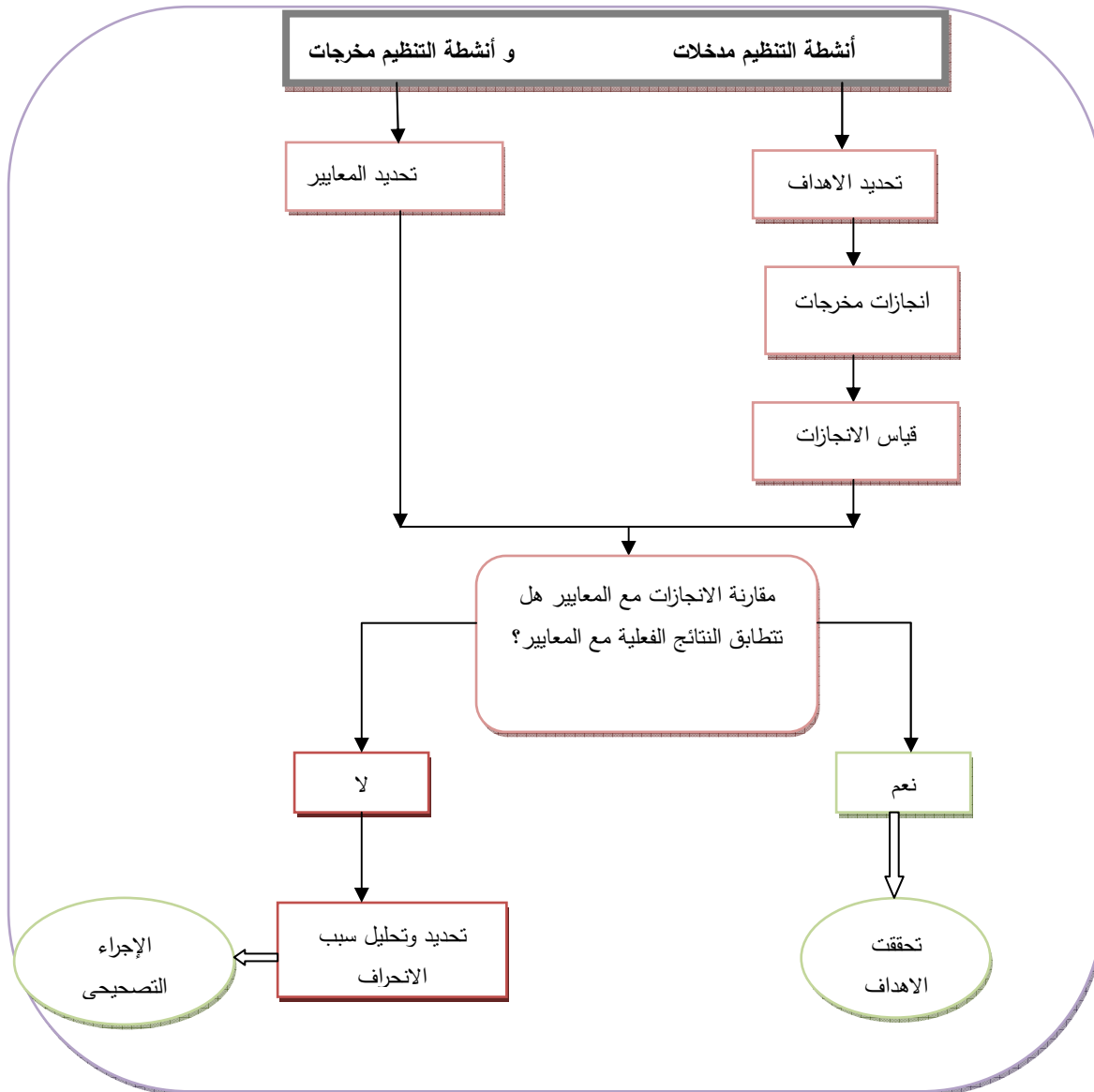
- الرقابة الايجابية: في هذا النوع من الرقابة يتم تقديم الاقتراحات والتوصيات والتوجيهات حول كيفية تعديل الانحرافات والأخطاء، وتطوير العمل وتشارك الجهة الرقابية الأقسام أو الأفراد أو المجموعات داخل القسم في كيفية تطوير عملهم وتجنب الأخطاء المستقبلية والحالية

- الرقابة السلبية: تهدف إلى اكتشاف الأخطاء والانحرافات ورصدها دون أية تعليق أو توجيه عن مواطن الضعف والقوة ولا تقدم الجهة الرقابية أية اقتراحات لتصحيح الأخطاء.

ب- خطوات الرقابة في المستشفيات: تشمل خطوات الرقابة في المستشفيات على عدد من العناصر والأنشطة، تسعى من خلالها إلى وضع نظام للرقابة يتفق مع برامج التخطيط الموضوعية ويجمع هذا النظام بين خطوات الرقابة ووظائفها التي يمكن تحديدها بصفة أساسية في تحقيق الأهداف ومعايير الأداء، وقياس الأداء الفعلي تم تشخيص وتحليل أسباب الانحرافات تم اتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة إذا كان ذلك ممكنا ومعقولا وبذلك فالرقابة في المستشفيات تقوم على أساس من الخطوات مرتبة حسب أسبقيتها كما مبين في الشكل التالي:

1- احمد محمد غنيم، المرجع السابق، ص ص 229-230.

شكل رقم ( 48 ) يوضح خطوات العملية الرقابية في المستشفيات



المصدر: من اعداد الباحثة .

**ب-1- تحديد الأهداف:** ان أي عملية إدارية مهما كانت لابد أن يكون لها هدف معين ، والرقابة ليست هدفا بحد ذاتها وإنما وسيلة لتحقيق هدف ، وللمستشفى مجموعة كبيرة من الأهداف المرتبطة بتحسين الوضع الصحي للمواطنين، وزيادة معدل الأعمار ،وتقليل أعداد الوفيات ....، وأهداف أخرى كثيرة لا مجال لاستعراضها ولكن المهم تحديد نوع الأهداف المراد تحقيقها ،ويجب أن تكون هذه الأهداف مكتوبة وواضحة ومفهومة من قبل الإدارة والعاملين ومرنة وواقعية وملائمة لطبيعته وقابلة للقياس والتحقق ومجدولة ضمن فترة زمنية <sup>1</sup>.

1 - صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 185.

**ب-2- تحديد المعايير:** تعتبر المعايير مقاييس لما ينبغي تحقيقه من أعمال ، وبذلك فهي وسيلة يتم بناءا عليها مقارنة شيء بشيء آخر ، وتتطلب الرقابة ضرورة تحديد المعايير الرقابية التي تستخدم لقياس النتائج الفعلية في أعمال المستشفى<sup>1</sup>، وبالتالي فان عملية تحديد معايير تقييم الأداء تعتمد على بعدين بعد فني وبعد سلوكي، فالبعد الفني يعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي لمقدم الخدمة التي يجب أن يتصف بها<sup>2</sup> ، أما البعد السلوكي فيشير إلى قدرة المديرين على انجاز هذا التقييم بعيدا عن المحاباة بحيث يكون تقييم موضوعي<sup>3</sup> ، وبالتالي يجب وضع معايير مناسبة قدر الإمكان من قبل كل مؤسسة صحية ،ومن أهم المعايير الممكن استخدامها للرقابة في المستشفيات ما يلي:

- **المعايير الكمية:** هي كمية العمل التي يجب انجازها خلال فترة زمنية محددة مثلا كم مريض يمكن أن يفحص الطبيب في اليوم، أو كم عدد الوصفات الطبية التي يستطيع الصيدلي صرفها...وهو ما يطلق عليه المعايير الإنتاجية أو الربحية.

- **المعايير النوعية:** وضع المواصفات لطبيعة الخدمة المقدمة للمريض من قبل المريض أو الطبيب، وهذه المواصفات تكون في الغالب متعارف عليها بين أعضاء المهنة ويتم وضعها من قبل ذوي الخبرة والمهارة في تلك المهنة.

- **وضع معايير الكمية والنوعية كمعيار جديد:** يتم الاعتماد عليه في الكثير من المؤسسات الصحية، وهنا تستفيد المؤسسة من مميزات كل نوع من الأنواع.

- **المعايير الزمنية:** عبارة عن وضع عدد من الخدمات أو نوعية من الخدمات التي يجب أن تقدم خلال فترة زمنية محددة.

- **معايير التكلفة:** وهي قياس التكاليف المقبولة والمنطقية لتقديم خدمة معينة<sup>4</sup>. والملاحظ صعوبة تطبيق المعايير النوعية ووضعها تحت الرقابة لعدم وجود معايير دقيقة ومحددة متعارف عليها بين المنظمات الصحية للقياس وتقييم جودة الرعاية و الأداء ، على غرار باقي المقاييس لاعتمادها على وحدات رقمية محددة تشير إلى الوحدات المرغوب إنتاجها أو تشير إلى تكلفة المحددة لمستوى معين والى فترة زمنية محددة لنشاط معين مثل عدد الإجراءات المخبرية أو الشعاعية أو الجراحية في الساعة أو اليوم أو تكلفة الإجراء الواحد ، وحقيقة الأمر أن هناك العديد من المعايير

1 - احمد محمد غنيم، مرجع سابق ، 2006،ص 231.

2 - وليد يوسف الصالح ، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، ط1، دار أسامة لنشر وتوزيع،الأردن،2011، ص51.

3 - عبد العزيز مخيمر، مرجع سابق، ص 79.

4 -صلاح محمود ذياب، المرجع سابق ، ص ص 185-186.

المختلفة التي يمكن استخدامها لقياس النشاط الواحد مما يتطلب من الإدارة اختيار المعيار الأكثر ملائمة لقياس نشاط معين، وهذا ما يسمى بالمعايير الاستراتيجية للرقابة وهي المعايير التي يمكنها أكثر من غيرها أن تعكس الأهداف المرغوب تحقيقها والتي يمكن أن تظهر وتوضح أكثر من غيرها فيما إذا تم تحقيق الأهداف المحددة أم لا.

وعند اختيار هذه المعايير الاستراتيجية للرقابة يمكن للمدراء كل ضمن دائرته الاسترشاد بخبراتهم السابقة، وكما يمكنه كذلك الاستعانة بموازنات الأعوام السابقة وسجلات وتقارير الانجازات السابقة للوصول إلى مثل هذه المعايير.<sup>1</sup>

**ج- قياس الأداء الفعلي ومقارنتها مع المعايير:** وتشمل هذه الخطوة قياس الأداء الفعلي بالمستشفى من خلال مقارنة جودة وفعالية الأداء بالمعايير التي سبق وضعها لمعرفة مقدار الانحراف عنه، وعند إذن يتخذ ما يلزم من الإجراءات لتفسير هذا الانحراف إن وجد<sup>2</sup>، ومن أمثلة ذلك قياس درجة رضى المرضى والمراجعين عن المستشفى والخدمات المقدمة فيه، وعدد الشكوى المقدمة ومدى تأخير الخدمة الطبية، وكذلك قياس جميع النشاطات المالية والفنية والإدارية المختلفة ليتسنى قياس أداء المستشفى بشكل مستمر<sup>3</sup>

**ح- تحليل أسباب الانحرافات:** عندما تكشف عملية قياس الانجازات ومقارنتها مع المعايير عن أيه انحرافات عن هذه المعايير سواء كانت انحرافات ايجابية أو سلبية فلا بد من فحص وتحليل هذه الانحرافات لتحديد الأسباب الحقيقية لها ، وسواء كانت هذه الانحرافات سلبية أو ايجابية فلا بد من الاهتمام بها وتفحصها لمعرفة الأسباب الحقيقية وراءها، فإذا كان الانحراف السلبي عن المعايير يشير إلى خطأ ما في الانجاز ، فان الانحراف الايجابي عنها يشير كذلك إلى خطأ ما، وعلى سبيل المثال إذا كشفت رقابة موازنة الرواتب للممرضات أن هذه النفقات (النتائج النهائية) هي اقل من المستويات المرصودة في الموازنة(المعايير) فان مثل هذا الانحراف الايجابي قد يبدو للوهلة الأولى مفيد ولكن لا بد هنا من تفحص وتحليل الأسباب الحقيقية لذلك. فهل السبب لهذا الانحراف هو نقص مستويات التوظيف عن تلك المرصودة في الموازنة؟ أم بسبب ترك الممرضات الأكثر كفاءة واستبدالهن بممرضات اقل خبرة وكفاءة وبالتالي اقل رواتب؟ و ما هو اثر ذلك على جودة ومستوى خدمات التمريض المقدمة للمريض

1- فريد توفيق نصيرات، المرجع السابق، ص ص 215-216.

2- احمد محمد غنيم، المرجع السابق، ص 223.

3- صلاح محمود نياي ، المرجع السابق، ص 189.

فالانحراف الايجابي عن المعايير قد يترتب عليه تدني في مستويات الخدمة، لذلك لا بد من تفحص أسباب هذه الانحرافات ومعالجتها لضمان المستويات المطلوبة والمرغوبة للخدمات ، وكذلك الأمر بالنسبة للانحرافات السلبية عن المعايير فلا بد من تفحصها لتحديد الأسباب الخفية وراء تدني الانجازات عن المعايير المحددة قبل اتخاذ أي إجراء تصحيح بشأنها، فقد يكون سبب هذه الانحرافات خارج نطاق رقابة المدير أو المسؤولين وغير قابل للسيطرة عليه كارتفاع أسعار المواد الخام في السوق وما إلى ذلك من عوامل تقع خارج سيطرة المدير<sup>1</sup>.

وخلاصة القول أن نجاح تطبيق تلك المعايير من عدمه مقرون أساسا بمدى قبول المعايير من العمال و تنفيذيين والمراقبين<sup>2</sup>، و في حالة عدم تطابق النتائج النهائية مع المعايير يجب التفحص والتدقيق لهذه الانحرافات لمعرفة وتحديد الأسباب، مع العلم أن هذه المعايير الموضوعية هي معايير نسبية توضع عادة على أساس من التقدير والتنبؤ مما يجعلها غير واقعية وغير عملية أحيانا مما يستوجب في إعادة النظر فيها ومن ناحية أخرى قد تكون هذه الانحرافات عن المعايير مفيدة وفي صالح المستشفى إذا لم يترتب عليها تدني في جودة الخدمات.

خ- **اتخاذ الإجراء التصحيحي:** الملاحظ أن النشاطات في المستشفى هي نشاطات متشابهة ومعقدة ومن الصعب الفصل بين تلك النشاطات، وبالتالي عند وجود انحرافات نتيجة عدم القيام بنشاط معين أو التقصير فيه فانه لا يمكن النظر له بشكل منفصل وإنما بشكل متكامل وكلي، وان الإجراء التصحيحي قد يشمل مجموعة كبيرة من الأنشطة المترابطة من اجل حل مشكلة نشاط واحد، ومن أهم هذه النشاطات ما يلي:

- إعادة تقييم وتحديد المعايير بشكل مستمر لتتناسب مع أية متغيرات داخلية أو خارجية.
- استخدام التكنولوجيا الحديثة في المجالات الطبية المختلفة.
- إيجاد أساليب عمل جديدة وتطوير الأساليب المتبعة حاليا ، بحيث تتناسب هذه الأساليب مع المعايير الجديدة والتكنولوجيا الطبية المستخدمة حديثا.
- تدريب وتعليم القوى البشرية العاملة في المستشفى والمؤسسة الصحية على المفاهيم المتعلقة بالمعايير وأساليب القياس ومختلف الجوانب التي تزيد من مهارة ومعرفة هؤلاء العاملين على اعتبار أن أهم أسباب الانحراف عدم معرفة وتدني مستوى المهارة.

1 - فريد توفيق نصيرات، المرجع نفسه، ص217.

2 - فريد النجار، ادارة المستشفيات وشركات الأدوية ، ط1، دار الجامعية ، الإسكندرية، 2007، ص 431.

-دراسة المتغيرات الداخلية والخارجية للمستشفى بحيث يتم وضع كافة الاحتمالات الممكنة الاقتصادية أو السياسية أو الاجتماعية<sup>1</sup>.

## 2-11- الإشراف:

تعتبر وظيفة الإشراف من الوظائف الرئيسية الهامة للإدارة خاصة الإدارة الوسطى والإدارة التنفيذية، وتشمل وظيفة الإشراف تعريف الموظف الجديد بأساليب العمل وكيفية تحقيق أهداف المؤسسة ، ويرتبط الإشراف بطبيعة العمل وكيفية قيام الموظف بعمله بناء على السياسات والإجراءات والأساليب والتعليمات المتبعة في تلك المؤسسة ، وتطبق هذه الوظيفة أيضا حتى لو كان الموظف يعمل منذ فترة طويلة من الزمن ومن ثم انتقل إلى مؤسسة أخرى أو قسم آخر فإنه يحتاج إلى عمليه إشراف بمعنى تعريفه بأساليب عمل وطرق وإجراءات وأنظمة عمل المؤسسة الجديدة التي انتقل إليها، لان لكل مؤسسة أسلوبها وطريقة عملها وكذلك كل قسم له خصوصية وأساليب عمل خاصة به تختلف عن الأقسام الأخرى.

وقد ينظر إلى وظيفة الإشراف على انه وظيفة تنسيقية، أي انه يطلق عليها وظيفة التنسيق وتهدف إلى بيان الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الموظف أثناء عمله من اجل انجاز العمل بالوقت والحجم والكم والكيف المناسب.

وترتبط وظيفة الإشراف مع الوظائف الإدارية الأخرى بهدف تحقيق التعاون والعمل الجماعي بين العاملين والإداريين في المؤسسة، وتبرز الحاجة إلى الإشراف في العمل من خلال اختلاف الآراء في كيفية الوصول وتحقيق الأهداف المرجوة، لذلك يكون هناك نقاش وجدال للوصول إلى انسب أسلوب أو طريقة عمل للوصول إلى الأهداف المنشودة، وكلما زاد حجم الوحدات الإدارية والأعمال كلما زادت الحاجة إلى الإشراف و التنسيق<sup>2</sup>.

## III. العلاقات السلطوية في المؤسسة الاستشفائية:

### 1- توزيع السلطة في المؤسسة الاستشفائية:

سنتطرق هنا إلى النمط السلطوي بين طرفي هذه المعادلة مقدم الخدمة ويحتوي على طرفين هما مالك السلطة والتابعين الذين هم طرف وسيطي مع متلقي الخدمة وهو المريض الذي يمثل محور العملية.

1 - صلاح محمد ذياب ، مرجع سابق ، ص 190.

<sup>2</sup> - المرجع نفسه ، ص 23.

## 1-1 - الطرف الأول (مقدم الخدمة):

نطلق عليه أيضا فريق العمل في المجال الصحي، ويقصد به أفراد متخصصون في تخصصات مختلفة صحية وطبية ونفسية واجتماعية وتكنولوجية.....الخ، وترتبط بأهداف المؤسسة التي ينتمون إليها، ويتجهون جميعا نحو هذا الهدف باستخدام إجراءات وأساليب متفق عليها، وتحدد سلطة كل نسق من خلال دوره في الفريق<sup>1</sup> وفي المؤسسة الاستشفائية، ويوجد نسقين متكاملين وظيفيا هم مالك السلطة والتابعين له.

أ- مالك السلطة: تضم المؤسسة الاستشفائية نسقين من مالكي السلطة هما السلطة الإدارية والسلطة الفنية.

## أ-1- السلطة الإدارية في المستشفى:

تركز المؤسسة على سلطة تهتم بالقيام بعدة أنشطة لتحقيق أهدافها وضمان السير الحسن لمصالحها، ويقتضي هذا وجود هيئة إدارية تتركز على هذه السلطة، وهناك رئيس لهذه الهيئة الإدارية والذي قد يكون مديرا عاما أو مديرا فرعيا حسب حجم ونوعية نشاط المؤسسة، وهو يتمتع بهذه السلطة التي يستمدتها من الوظيفة التي يشغلها ومن المكانة التي يحتلها في المؤسسة، حيث تخول له الحق في المؤسسة بالتصرف والتوجيه واتخاذ القرارات، وهي على صلة دائمة بين مالك السلطة والتابعين الذين يخضعون لها لأنها قانونية وشرعية وهذه السلطة تسمى السلطة الإدارية، ولا يمكن لأي مؤسسة أو منظمة أن تنشط بدونها.

وتعتبر السلطة الإدارية في أي منظمة أو مؤسسة مفتاح العمل الإداري والسلطة العليا فيها، وهي السلطة الوحيدة التي تتمتع بحق اتخاذ القرارات وترتكز في يد الرئيس، الذي تصبح له الشرعية القانونية طبقا للوظيفة التي يشغلها بالتوجيه والقيادة والتسيير عن طريق إصدار القرارات، والسلطة الإدارية هي السلطة التي تقود وتسير المؤسسة حيث تقوم بتحديد أهدافها، واختيار السياسة والوسائل والبرامج، والإجراءات اللازمة للوصول إلى هذه الأهداف، كما تقوم بمراقبة سير العمل وفق الخطة الموضوعة، وتقوم بتقييم أداء أفرادها والحكم عليهم، واتخاذ الإجراءات الكفيلة واللائمة لمكافئتهم أو عقابهم، حسب ما يقتضيه سلوكهم في العمل.

وإذا نظرنا إلى المستشفى، نجد أنها تتضمن نمطين من الإدارة، وهذا الذي يضيف عليها طابع الخصوصية وهما: الإدارة الإدارية والإدارة الطبية.

<sup>1</sup> \_ محمد سيد فهمي ومصطفى شفيق، مرجع سابق، ص ص 19-20.



- الإدارة الإدارية: وهي التي تتولى أعمال إدارية كالاهتمام بالعاملين في المستشفى، ومختلف شؤونهم والحسابات والصيانة وحفظ المباني وغيرها.

وعادة ما يكون مدير المستشفى الإداري رجل مختص في علم الإدارة يتم إعداده عن طريق عدد من الدورات التربصية الطبية ليطلع على طبيعة المشاكل التي يمكن أن تنشأ في المستشفى، على اعتبار الخصوصية والحساسية التي يتميز بها هذا الأخير إلا أنه وبعد الإصلاحات الهيكلية التي خضعت لها المؤسسات في الجزائر بنوعها الصناعية و الخدماتية بناء على قانون إعادة الهيكلة و الاستقلالية فقد أصبحت المؤسسة الاستشفائية تحت إدارة مجلس الإدارة، الذي يتكون من ممثلي جميع الفئات المهنية المتواجدة في المستشفى.

- الإدارة الطبية: وهي مسئولة عن العلاج وتقديم الرعاية الصحية وضمان الخدمات الطبية، بالإضافة إلى التوجيه ونشر الوعي الصحي لدى الأفراد المترددين على المستشفى، وتتكون الإدارة الطبية من رؤساء الأقسام الطبية المختلفة الموجودة في المستشفى، وهي المسئولة عن تعيين الأطباء والجراحين، والغرض من وجود هذين النمطين من الإدارة داخل المستشفى هو توفير أخصائيين لكل النواحي الخاصة بالمستشفى، سواء كانت هذه النواحي علاجية خدماتية أو حسابية لضمان السير الحسن للعمل بداخلها<sup>1</sup>.

ويمكن وصف أساليب التسيير لدى السلطة الإدارية في المستشفى عبر الأسلوبين التاليين:

■ **الأسلوب التسلطي:** يتمثل هذا الأسلوب في أن رئيس المؤسسة هو الذي يقرر كل شيء فأتداء ظهور أي مشكل يعود الأمر دائما إليه، فمساعدوه أو مرؤوسوه المباشرون يقومون بمهامهم طبقا لتوجيهاته، فصاحب هذا الأسلوب يعتبر مرؤوسيه كمنفذين فقط وليس كمساعدين فهو يقضي وقتا كبيرا في مراقبتهم ومتابعة نشاطاتهم، وبالتالي لا تكون لهم أي مبادرات شخصية لأنهم لا يستطيعون أن يقدموا كل ماديهم ، كما أن هذا الأسلوب لا يسمح بالسير الناجح للمؤسسة لأنه يقضي على المبادرات الفردية والجماعية للمرؤوسين، الا انه مع تطور المؤسسة وتوسعها يصبح رئيس المؤسسة غير قادر على أن يهتم بكل الأمور فيها لذا يصبح مجبرا على تفويض جزء من سلطته لمرؤوسيه وذلك بتوزيع بعض المهام عليهم وبالتالي فإنه يبنى أسلوب الإدارة بتعاون.

■ **أسلوب الإدارة بتعاون:** في هذا النمط يقوم رئيس المؤسسة بتفويض جزء من سلطته لمساعديه، حيث يوزع عليهم المهام فيصبح كل واحد منهم مسؤولا على قطاع أو مصلحة معينة، وبالتالي يصبح ذا استقلالية في اتخاذ القرارات التي تتماشى والمهام الموكلة إليه طبقا للخطة العامة التي تحددها السلطة

1 - الحاج عرابة ، المرجع السابق ، ص ص 235-236.

الإدارية ، ويصبح رئيس المؤسسة يستعين بإرشادات ونصائح مساعديه، ويستشيرهم قبل اتخاذ أي قرار مما يسمح له بالحصول على معلومات أكثر حول ما يدور في المؤسسة و إيصال قراراته إلى القاعدة بصورة فعالة وسريعة ، وكل هذا يؤدي إلى تناسق الجهود ، وهذا الأسلوب الذي يتجسد من خلال مجلس إدارة المؤسسة الاستشفائية باعتباره الأداة لصنع القرار فيه وباعتباره الهيئة المخول لذلك قانونيا.<sup>1</sup>

## أ-2- السلطة الفنية (المهنية) في المستشفى:

إن احتكار مجموعة من الخبراء والفنيين للتقنية داخل المؤسسة، قد يكسبهم سلطة موازية للسلطة التنفيذية أو الإدارية في المؤسسة، وهو نفس الشيء بالنسبة للأطباء الأخصائيين والأطباء العامون والتقنيين داخل المستشفى، إذ نجد أن هؤلاء يتمتعون بسلطة طبية أو فنية وقد نسميها مهنية أيضا خلافا للمدراء الذين يتمتعون بسلطة إدارية رسمية، وبالتالي فهم يشكلون خطا موازيا للسلطة الإدارية داخل المستشفى، يطلق عليه خط السلطة الطبية (الفنية) أو المهنية.

وتعرف السلطة المهنية أو الفنية على أنها "جدارة أصحاب المهن الفنية العليا في الحكم على المسائل المتصلة بمهنتهم أو تحليها"، وبصفة عامة يقصد بالسلطة المهنية "تلك السلطة التي يستمدّها أصحابها من خبراتهم الفنية ومؤهلاتهم الخاصة المعترف بها"، وهي تركز على عنصرين أساسيين هما الكفاءة والمسؤولية، فبالنسبة للفئات المهنية فإن الكفاءة لا تعني فقط امتلاك المعارف التقنية التي تسمح لهم بمعالجة المسائل التقنية كإصلاح الآلات وصيانتها إذا تعلق الأمر بالمصانع طبعا وكذا التحكم في العملية الإنتاجية، إنما تعني قدرة هؤلاء التقنيين على التنظيم و التسيير والتوجيه وكذا على التنسيق و المراقبة لضمان تنفيذ الأوامر، ونلاحظ أن فئة التقنيين المهنيين تتميز غالبا بالمبادرة والمسؤولية ومن ثم ممارسة السلطة على الآخرين، أما عن السلطة المهنية الفنية التي تدير المستشفى فيمثلها الأطباء سواء في الطب العام أو الأخصائيين، وهذه السلطة تمنحها لهم الخبرة والمهارة التي حصلوا عليها خلال فترة تكوينهم وتعليمهم الطويلة نسبيا فامتلاكهم للمهارات والمعارف التقنية في مجال اختصاصاتهم يسمح لهم باتخاذ القرارات الخاصة بالرعاية والمتابعة الطبية ومختلف متطلباتهم ومستلزماتهم، كل هذا أعطى للطبيب الحق في ممارسة سلطته المهنية على مرضاه، بالإضافة إلى السلطة على المصالح التقنية للمستشفى، فطبيعة التكوين وطبيعة الوظيفة التي يشغلونها بفضل التأهيل وكذا الخبرة والكفاءة المعترف لهم بها تجعلهم يتمتعون بالسلطة المهنية داخل المؤسسة و يؤثرون بها على القرارات التي تصدرها الهيئة

1- الحاج عرابة ومحمد زرقون، الصراع التنظيمي بين السلطات في المستشفيات: الاسباب والمشكلات نظرة على المعالجة القانونية للظاهرة على ضوء القانون الجزائري، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، لعدد 4، المركز الجامعي لتامنغست، 2013، ص 238-239.

الإدارية<sup>1</sup> بما لديها من معرفة متخصصة ومهارات فنية لوصف العلاج ووضع خطة المعالجة على عملية تقديم الخدمات الصحية كما ونوعا ، إلى درجة اكبر من أي عامل آخر داخل التنظيم فهم الوحيدون المؤهلون والمفوضون قانونيا لممارسة مهنة الطب.

**وبشكل عام فإن السلطة الطبية مسؤولة عن القيام بالوظائف التالية:**

- العناية بالمرضى وهي المسؤولية الأساسية للهيئة الطبية والتي تتركز عليها كافة الجهود والنشاطات في المستشفى.

- المحافظة على كفاءة أداء عملية تقديم الخدمات الطبية وتحسين كفاءة الأطباء عن طريق دراسة الحالات المرضية التي تمت معالجتها والتي هي قيد المعالجة لبيان أسباب النجاح وأسباب الفشل في خطة المعالجة المطبقة، وبذلك تسهم الهيئة الطبية في تعليم أفرادها ورفع كفاءتهم.

- تنظيم أفراد الهيئة الطبية وربطهم بالتنظيم الكلي للمستشفى ووضع السياسات والقواعد الخاصة بممارسة المهنة، وسلوك أفرادها وتنسيق الجهود والنشاطات المختلفة لعملية تقديم الخدمات الصحية.

- التعليم والتدريب ويتضمن إعطاء المحاضرات النظرية والتطبيقات العملية لأعضاء الهيئة الطبية وللممرضات بما يتماشى مع سياسة المستشفى بخصوص برامج التعليم سواء من داخل المستشفى أو خارجه على مستوى المجتمع المحلي.

- تقييم عملية أداء الخدمة الصحية ونتائجها ، من خلال وضع وتبني مقاييس مهنية تحكم الأداء لضمان مستوى جيد من الخدمة ، ويتم ذلك من خلال اللجان الدائمة المشكلة لهذا الغرض مثل لجنة التسجيلات الطبية ولجنة التقييم الطبي ولجنة الاستخدام ولجنة الأنسجة ولجنة العدوى وغيرها من اللجان المتخصصة.

- تقديم المشورة للإدارة ومساعدتها في إدارة وتنظيم شؤون المستشفى وخاصة فيما يتعلق بالنواحي الفنية للخدمة الصحية.<sup>2</sup>

**ويتميز أصحاب السلطة المهنية داخل المستشفى بمجموعة من الخصائص أهمها:**

- الحافز على القيام بالعمل وتنظيمه لدى أصحاب الخبرة المهنية على وجه الخصوص باعتبارهم أهل ميدان.

1 - الحاج عرابية ، مرجع سابق ، ص 235-236.

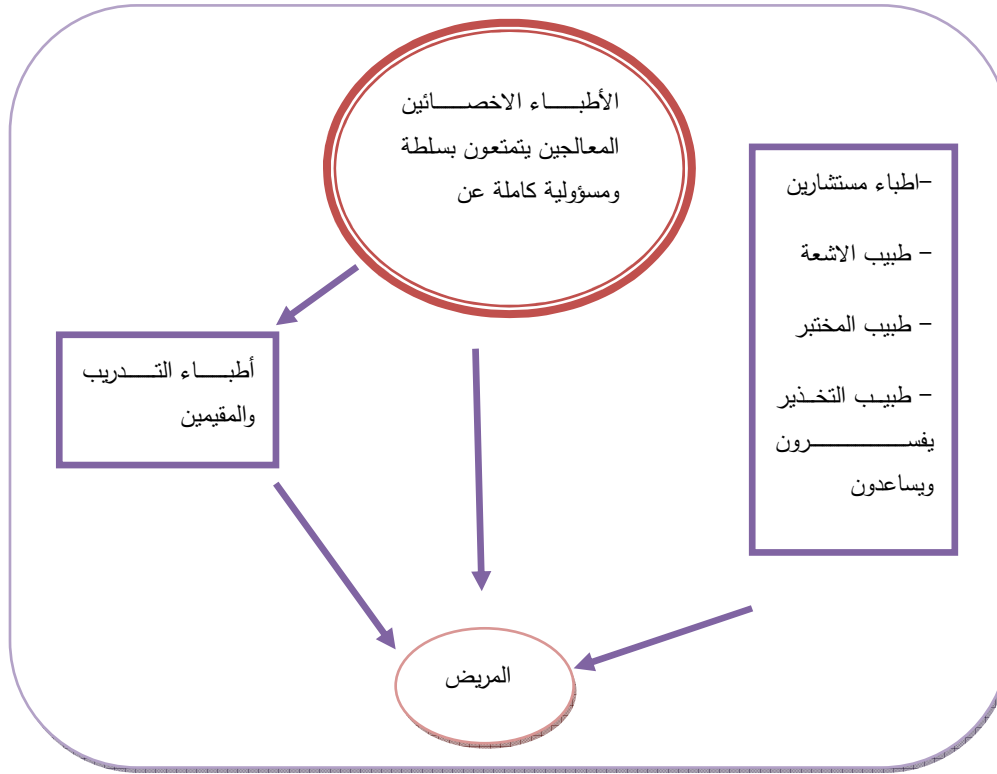
2- فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق ، ص 81

- يرغب أصحاب الخبرة المهنية كالأطباء مثلا بالشعور بأهميتهم في المشاركة في أعمال المستشفى، حيث أن الكثير من الأعمال تتوقف على تدخلاتهم المباشرة أو اقتراحاتهم.
- طرح المتخصص المهني يختلف كثيرا عن تفكير المدير الإداري، فهو إذا تدخل يتبع المبادئ والقيم التي تفرضها طبيعة عمله المتعلقة بالمهنة المستندة إليه.
- يتمتع المتخصص المهني بالحرية وذلك بإتباعه القواعد التي يخططها لنفسه في مجال عمله فالأخصائي يريد أن يكون حرا ويطلب أقرانه مثله بحرية أكثر ليسيروا أعمالهم وليستعملوا طرقهم الخاصة في حل مشاكلهم، وليعملوا لمشاريعهم حسب أساليبهم وخطواتهم الخاصة، وهم بذلك يقاومون التوجهات المفصلة والكثيرة من قبل الإدارة لأنهم حساسون جدا، و لا يودوا أن يشعروا بأنهم مسيروون أو مقيدون في تنفيذ مهامهم.
- يهتم الأخصائيون والمختصون المهنيون بالقدرة الخلاقة والتجديدية وليس بنمط الروتين الممل.<sup>1</sup>
- وتتألف الهيئة الطبية في المستشفى من فئات الأطباء التالية:**
- **الأطباء المتدربين:** وهم أطباء حديثي التخرج يتدربون في المستشفى بعد تخرجهم لمدة عام في الأقسام الطبية والجراحية المختلفة تحت إشراف أطباء الاختصاص ولا يتحملون مسؤولية مباشرة في رعاية المرضى.
- **الأطباء المقيمين:** وهم الأطباء الذين انهوا التدريب لمدة سنة بعد تخرجهم واختبروا للدراسة والتخصص بهدف تأهيلهم في إحدى التخصصات الطبية لمدة تتراوح من 2-4 سنوات حسب التخصص المطلوب ويشارك هؤلاء عادة بشكل مباشر برعاية المرضى بتكليف من الاختصاصيين.
- **أطباء الاختصاص (حملة الدراسات العليا في الطب والجراحة):** وهم الذين يتحملون المسؤولية المباشرة والنهائية عن علاج المرضى في المستشفى وهؤلاء الأطباء قد يعملوا بتفرغ كامل في المستشفى كموظفين أو قد يكونوا أطباء مستقلين.
- **الأطباء المستشارون:** وهم حملة الشهادات العليا في الطب والجراحة ويتمتعون بخبرات علمية طويلة يقدمون النصح والمشورة للأطباء الاختصاصيين في معالجة مرضاهم عند طلب مثل هذه المشورة.
- **الأطباء المسؤولين عن الخدمات المهنية الأخرى:** مثل أطباء التخدير والأشعة والمختبر والعلاج الطبيعي.<sup>2</sup>

1- الحاج عرابية ومحمد زرقون، مرجع سابق ، ص ص 240-241.

2- فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق ،ص 273.

الشكل رقم (49) يبين فريق الهيئة الطبية في مؤسسة الاستشفائية:



المصدر: فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق ، ص 273.

ب- التابعين لسلطة (هيئة التمريض):

ب-1- تعريف هيئة التمريض: هم أفراد وجماعات يوجهون ويرشدون من طرف ممارس السلطة لتحقيق أهداف محددة مع إلزامية قبول التوجيه والإرشاد، ويمثلهم في المؤسسة الاستشفائية هيئة التمريض.

تعتبر هيئة التمريض جزء من التنظيم الإداري الرسمي للمستشفى حيث ترتبط بمدير المستشفى من خلال مديرة التمريض<sup>1</sup> ، وتتألف هيئة التمريض من الممرضات القانونية والممرضات المساعدات ومساعدات التمريض، وهيئة التمريض مسؤولة عن مهام رعاية المريض، وهي تعمل كوسيط بين النظام الفرعي الفني المتمثل بالأطباء والنظام الفرعي التنسيقي المتمثل بالجهاز الإداري مما يضعها في دورين متضاربين في التنظيم. فالممرضة هي الممثل الرئيسي للمستشفى لارتباطها المباشر وتفاعلها المستمر بمراحل علاج المريض من خلال تنسيق كافة النشاطات الضرورية لرعايته، فالممرضات هن العنصر

<sup>1</sup>- مديرة التمريض : تتحمل مسؤولية إدارة الأنشطة التمريضية في المستشفى وقيادتها وتوجيهاتها بما يحقق أهداف المستشفى في تقديم خدمات احترافية للمرضى على مدار الساعة وتتضمن هذه المسؤوليات وظائف التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة وتشمل تحديداً على القيام بمسؤوليات محددة. الهيكل التنظيمي لخدمات التمريض (فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق ، ص 293)

المهني الوحيد الذي يبقى على احتكاك مباشر مع المرضى على مدار الساعة، وهن المسؤولات عن تطبيق خطة العلاج التي يضعها الأطباء المعالجون ، ويقمن بملاحظة ورصد المرضى ومدى التقدم في نتائج المعالجة، و الأقدر على فهم نفسية المريض والتعامل معه ومع ذويه، وتشكل الممرضات من حيث العدد أكبر فئة مهنية عاملة في المستشفى، حيث يعمل في المستشفيات معظم الممرضات القانونيات المؤهلات ويقع على عاتقهن مسؤولية كبيرة في رعاية المرضى.<sup>1</sup>

**ب-2- أساسيات الخدمة التمريضية الجيدة:** لتحقيق هدف دائرة التمريض والمتمثلة بتقديم أفضل

رعاية تمريضية ممكنة للمرضى لابد من مراعاة الأساسيات التالية:

- المحافظة دائما على موقف مهني مسؤل وملتزم.

- الموقف المهني تجاه المرضى.

- الموقف المهني تجاه أقارب المريض وذويه.

- الموقف تجاه المهنة نفسها.

- التطبيق الدقيق لخطة العلاج التي يحددها الطبيب المعالج.

- الملاحظة الذكية و الواعية للأعراض المرضية أثناء إقامة المريض بالمستشفى.

- المحافظة على علاقة جيدة تعاونية مع الأقسام الأخرى في المستشفى وإظهار روحية الفريق

المتعاون.<sup>2</sup>

**ب-3- طرق تعيين وتنفيذ أنشطة التمريض:**

هناك ثلاثة طرق تتبعها المستشفيات في تنفيذ المهام والأنشطة التمريضية وهي:

- **الطريقة الوظيفية:** (على أساس طبيعة النشاط التمريضي) حيث تقسم المهام التمريضية بين

الممرضات في الوحدات التمريضية المختلفة ، كأن تقوم إحدى الممرضات بأخذ وقياس المؤشرات الحيوية

لكل المرضى في الوحدة (قياس الضغط والنبض والحرارة...) وتقوم الأخرى بسحب العينات من كل

المرضى وهكذا، وتحقق هذه الطريقة المزايا التالية:

- الاستفادة من التخصص في تنفيذ المهام بما يحقق السرعة في الأداء والخبرة.

- الاستفادة من استعدادات الشخص واهتماماته إلى أعلى درجة ممكنة.

1- فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص82.

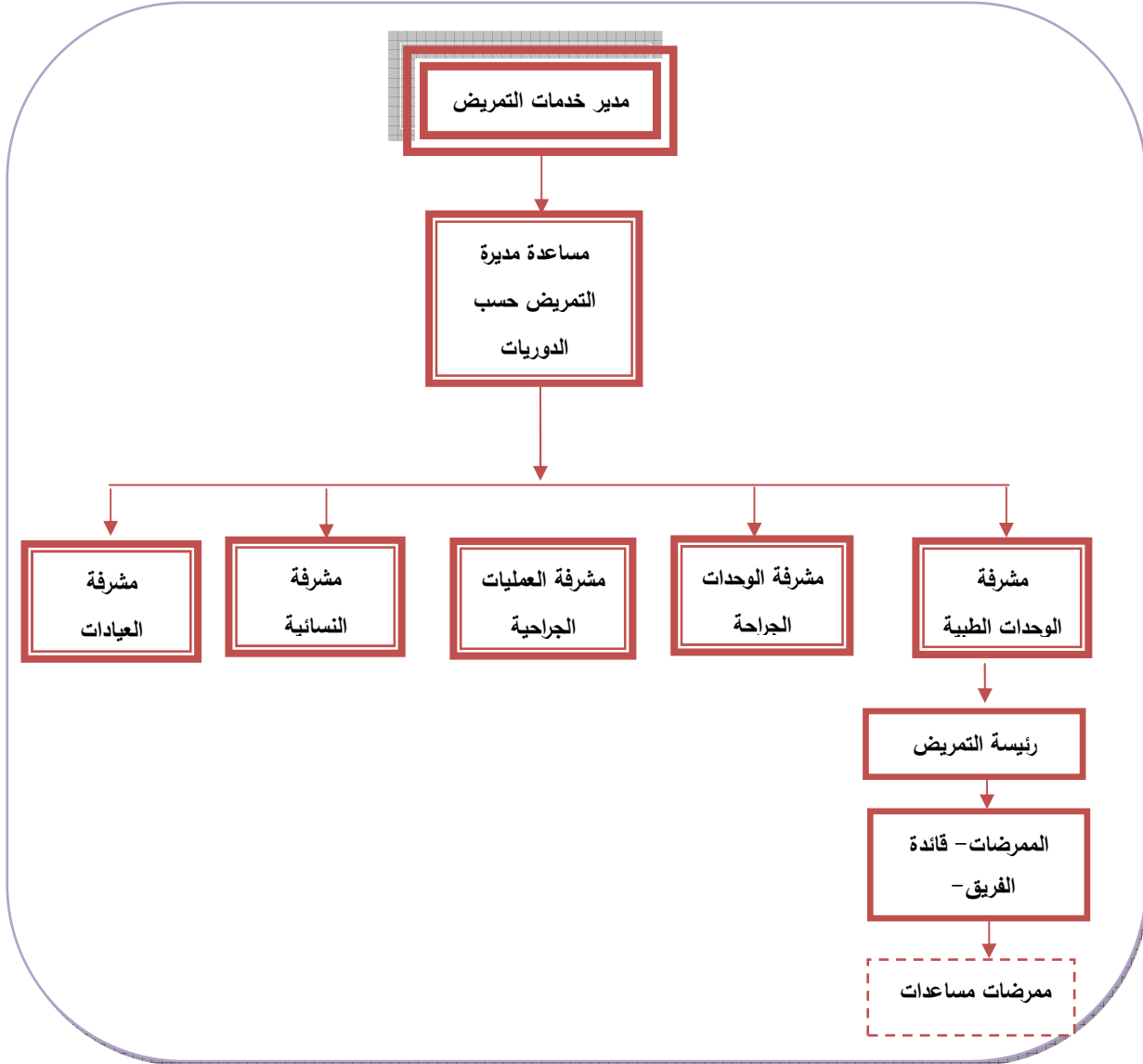
2- المرجع نفسه ، ص 291.

- تحتاج هذه الطريقة إلى كم اقل من الأدوات والمعدات المطلوبة لخدمة التمريض مثل موازين الحرارة وقياس الضغط وغيرها.
- طريقة الحالة:** وتقوم هذه الطريقة على تقديم رعاية تمريضية كاملة لمريض أو أكثر معين لكل ممرضة في مجموعة تمريض الوحدة المحددة (جراحة، باطنية، أطفال....الخ) ومزايا هذه الطريقة:
  - تقديم رعاية كاملة للمريض من شخص واحد معروف ومعين.
  - القدرة على تقديم الدعم المادي والعاطفي الذي يحتاجه المريض حيث تعرف الممرضة المسؤولة عن رعايته ما يريحه وما يزعجه.
  - تشارك الممرضة في تخطيط برنامج وخطة الرعاية الطبية.
  - تقوم الممرضة بتخطيط خطة الرعاية التمريضية الخاصة بالحالة المتخصصة بها.
  - وهذه الطريقة لا تستعمل كثيرا في المستشفيات لأنها تحتاج لعدد كبير من الممرضات القانونيات.
- طريقة فرق التمريض:** وحسب هذه الطريقة تكون الممرضة القانونية مسؤولة عن الرعاية التمريضية الكلية لمجموعة من المرضى في الوحدة التمريضية، وتساعدها ممرضات مساعدات ومساعدات تمريض للقيام بالأنشطة التمريضية المطلوبة لمجموعة المرضى المحددة لفريق التمريض، اما من ناحية الاشراف والتوجيه فالمسؤول عن الفريق هو من يتولى هذه المهام بالإضافة الى تشاور مع الطبيب المعالج حول خطة العلاج وتوضع خطة التمريض المناسبة لكل مريض في مجموعتها، وتقوم بتعيين المهام لأعضاء الفريق حسب المؤهلات والمهارة.<sup>1</sup>
- من خلال التطرق لتعريف الهيئة الشبه طبيه نجد انها تخضع لسلطة اعلى منها يمتلكها مدير التمريض الذي يعتبر كسلطة اضافية .
- إن تنوع هيكل السلطة يخلق تشتتا في وظيفتي التخطيط والرقابة ، فالجهاز الإداري مسؤل عن تشغيل المستشفى ويجب أن يضطلع بالتخطيط الإداري والرقابة التنظيمية ، و الهيئة الطبية لديها المعرفة الفنية وبالتالي فهي تقرر في القضايا الخاصة بالعناية بالمرضى ومعالجتهم ،وعلى هذا الأساس يمكن القول أن هناك علاقة وطيدة وفريدة بين السلطة المستمدة من المركز ممثلة في الهرم الإداري وسلطة المعرفة (السلطة الفنية) ممثلة في الأطباء والمهنيين الآخرين ، وهذا يخلق هيكلًا مشتتا ومتميزا لان السلطة في المستشفى لا تنبثق و لا تتسلسل من مصدر واحد كما هو الحال في غالبية المؤسسات الرسمية ، وبهذه الخاصية تكون السلطة في المستشفى سلطة مشتركة ليس بتساوي بين مجموعتين على

<sup>1</sup> - نفس المرجع ، ص ص196-197.

الأقل ولكل مجموعة خط سلطوي معين ، ولكن خطوط هذه السلطة ليست مرسومة بخط واضح فهناك العديد من التداخلات<sup>1</sup>

الشكل رقم (50) بين توزيع السلطة للخدمات التمريضية في مؤسسة الاستشفائية:



المصدر: فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق ، ص 295.

### 2-1- متلقي ( مستقبل) الخدمة:

يعتبر متلقي الخدمة في المؤسسات الاستشفائية المريض ،وهو احد المعايير الحاكمة على الجودة في الخدمات الصحية المقدمة إذ يعتبر رضاه المؤشر لوجد الجودة من عدمها.

<sup>1</sup>- نور الدين حاروش ،ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، دار كتامة للكتابة، الجزائر،2008،ص 82.



## أ- تعريف المرضى:

هم أولئك الأشخاص الذين تعرضوا للمرض<sup>1</sup> ، ويراجعون احد المستشفيات لغرض وضعهم تحت مشاهدة الأطباء أو لإجراء فحوص للتوصل إلى تشخيص أو لأجل المعالجة ،ويقسم مرضى المستشفى إلى قسمين هما:

- **المرضى الداخليون:** ويقصد بالمرضى الداخلي كل شخص شغل سريرا أو مهد أو إحدى السلال الخاصة بحديثي الولادة لغرض المشاهدة والعناية الطبية والتوصل إلى تشخيص مرض أو المعالجة.

- **المرضى الخارجيون:** هو المريض الداخلي الذي تم تخريجه من المستشفى بعد أن أجريت له بعض الفحوصات ،إن كان قد خرج من المستشفى حيا أو ميتا ويحتفظ له بملف طبي يتضمن أوراق العلاج والفحوصات والطعام في دائرة الإحصاء ، أما حديثي الولادة اللذين تم تخريجهم من المستشفى فلا يتم احتسابهم ضمن عدد المرضى المخرجين.<sup>2</sup>

ب- الأنظمة المؤثرة علي جودة معالجة المريض (سلوك المريض):<sup>3</sup>

يعتبر المرضى احد أهم العناصر البشرية المشاركة في التنظيم الاستشفائي واهم مداخلته، و كما أن المستشفى نظام معقد فان المريض أيضا هو نظام غاية في التعقيد بما لديه من أنظمة إنسانية متعددة، و لابد للمستشفى من التعامل معها وهي النظام البيولوجي- وهو محور العلاجي- والنظام النفسي والبيئي والاجتماعي والثقافي والنظام الزمني كلها تؤثر إلى حد بعيد في حالته المرضية وعلى عملية معالجته، وبالتالي على الحصيلة النهائية للمعالجة.

1- **تعريف المرض:** يعرف على انه حالة التغير النسبية في التركيب والشكل أو الوظيفة أو كلاهما لعضو معين، وذلك نتيجة لمجموعة الاضطرابات الفسيولوجية التي تصيب ذلك العضو ، ويعرف كذلك بأنه انحراف أو اختلال في أي عامل من العوامل الصحة الجسمية أو العقلية أو النفسية، الأمر الذي ينتهي بالاضطراب والذي يظهر له بعض الأعراض، ويعرفه قاموس ويسترن بأنه حالة من عدم القدرة الصحية المناسبة لسبب معين والاحتياج إلى تدخل دوائي أو الراحة المناسبة للعودة إلى حالة التوازن مرة أخرى .

ويوجد فروقات بين المرض والاعتلال والسقم وهي الآتي:

- الاعتلال يحدد بأنه حالة من الاختلال الوظيفي والتي يتأثر بها الجانب الاجتماعي ويؤثر على علاقة الفرد بالآخرين.
- والسقم هو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي تؤثر على فردية وشخصية الفرد
- والمرضى معناه الإقلال من القدرة الطبيعية للفرد على الوفاء بالتزاماته. (محمد سيد فهمي ومصطفى شفيق، مرجع سابق ، ص ص

(18-16).

2 - حسن صالح سليمان القضاة، القيادة مدخل في إدارة المستشفيات، دار وائل للنشر، عمان، 2011، ص ص 254،256.

<sup>3</sup>- تعريف سلوك المريض هو يعني الطريقة التي يدرك بها الإنسان بعض الالام للمرض ويتعرف على التعب او ابيه علاقة اخرى للاعتلال الوظيفي للجسم وبقيمها ويتصرف حيالها وهو سلوك انساني عام في جميع المجتمعات (محمد سيد فهمي ومصطفى شفيق، مرجع سابق ، ص 18).

- **النظام النفسي للمريض:** وهو ما يتصف به المريض من قلق وتوتر وحساسية مفرطة وضغوط نفسية عند دخوله المستشفى تؤثر على حالته المرضية، وكذلك فإن مواقف وسلوك الجهاز البشري العامل في المستشفى وتصرفاتهم تنعكس على عملية العلاج ونوعية المعالجة.
  - **النظام البيئي للمريض:** مثل ظروف الأسرة وحجمها والمجتمع المحلي الذي يعيش فيه، تؤثر على استجابة المريض وتكيفه في بيئة المستشفى وما توفره له من هدوء واطمئنان.
  - **النظام الاجتماعي للمريض:** ويتمثل في دوره ومركزه الاجتماعي في مجتمعه وعلاقاته العائلية ودائرة معارفه وأصدقائه وعلاقاته المهنية، تؤثر على استجابته وردود أفعاله داخل المستشفى، وهو كمرريض يعتمد على غيره أثناء إقامته وعلى علاقاته مع الجهاز البشري العامل في المستشفى.
  - **النظام الثقافي للمريض:** بما يمثله من عادات وقيم ومواقف وطريقة السلوك النابعة عن معتقداته الدينية والعائلية وبيئته الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية والمهنية التي يشارك ويحتك بها كل هذه الأمور تؤثر على استجابته للثقافة التي يمثلها المستشفى وثقافة العاملين فيه والثقافة المادية للمستشفى ممثلة بالأجهزة والمعدات والتكنولوجيا المستخدمة.
  - **النظام الزمني للمريض:** مثل عمره والأوقات المعتادة لراحته ونشاطه وعاداته فيما يخص أوقات تناول طعامه، وغيرها تؤثر على استجابة المريض وتكيفه مع المواعيد والجدول الزمنية المتبعة في المستشفى.<sup>1</sup>
- نستنتج مما سبق أن المريض نظام معقد لا بد من التعامل معه كشخص وليس كمرريض فقط بما يمثله من أنظمة فرعية متعددة والعمل على تلبية احتياجاته سواء العلاجية أو خدمات الرعاية.

<sup>1</sup> - فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق ، ص ص 80،79.

2- العلاقات الاجتماعية<sup>1</sup> في المؤسسة الاستشفائية:

## 2-1- طبيعة العلاقات بين الفاعلين الاجتماعيين في المستشفى:

أ- علاقة مقدم الخدمة بالمستشفى العام: الراجع أن مقدم الخدمة في المستشفى يعتبر تابعا للمستشفى الذي يعمل به ويترتب على ذلك أن علاقته بالمستشفى هي علاقة تابع بالمتبوع، أي علاقة تبعية يكون فيها للمتبوع سلطة فعلية في إصداره للأوامر إلى التابع في طريقة أداء عمله وفي الرقابة عليه ومحاسبته.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>- تعددت زوايا الطرح والتفسير حول هذا المفهوم، تماما كما تباينت وجهات النظر حول مدلول المصطلح، فراح البعض يطلق عليها "علاقات العمل" واهتم آخرون بمفهوم "العلاقات الصناعية" واتجه فريق آخر من الباحثين في مجال علم الاجتماع التنظيم والعمل على وجه التحديد إلى استخدام مصطلح "العلاقات الإنسانية"، فضلا عن وجود من عبر عنها بعلاقات الإنتاج غير انه ورغم اختلاف هذه التسميات أو بتعبير أكثر علمية هذه المصطلحات في كونها تفسر علاقة ترتبط بطبيعة نشاط يمارس، إلا أنها تشترك في كونها تعبر عن ارتباط طرفين أساسيين في علاقة ثنائية رفيفي قروي، في سوسيولوجيا علاقات العمل، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد 15، ص 207، يمثلها طرف الأول في الدراسة مقدم الخدمة (مالك السلطة- سلطة الطبية والإدارية- والتابعين- شبه الطبيب-) ويمثلها طرفها الثاني مستقبل الخدمة (المريض).

فالعلاقة هي حالة ارتباط بين شخصين أو أكثر حول موضوع معين يرسم طبيعة العلاقة ويحدد أهدافها وهذه العلاقة تكون شخصية أو علاقة نفعية (مهنية) (كربوش عبد المجيد و حشماوي مختارية، علاقات العمل والهوية المهنية لمستشار التوجيه - دراسة ميدانية بمركز التوجيه لمدينة معسكر -، المجلة المغربية الاقتصادية والمناجمنت، العدد 1، 2017، ص 128

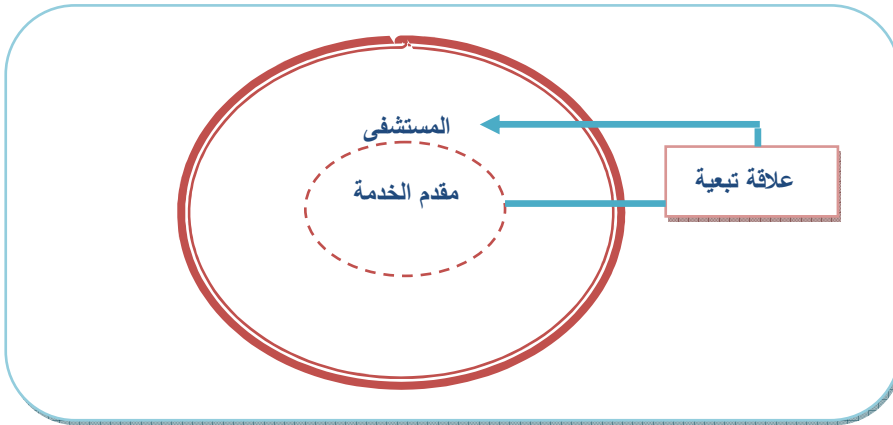
أما العلاقات الاجتماعية فتعرف:

- بأنها : " تلك العلاقة التي تقوم بمجرد قيام شخص (العامل) بالعمل لحساب شخص اخر (صاحب العمل)،تحت إشرافه وإدارته وتوجيهه مقابل اجر، وتنتج على أثرها واجبات أو التزامات الطرفين كما أنها علاقة اجتماعية "(غريب منية، علاقات العمل والتعلم بالمؤسسة الصناعية الجزائرية، العدد31، المجلد أ- مجلة العلوم الإنسانية، 2009، ص176).
- أما زينكي فيعرفها على أنها: "سق معين ثابت يشمل طرفين (سواء كانا فردين أو جماعتين) تربطهم مادة معينة أو مصلحة أو اهتمام معين، أو قيمة تشكل قاعدة لتفاعلهم، إلى جانب أنها نسق معين من الواجبات والمسؤوليات، أو وظيفة مقننة للطرفين بحيث يكون كل طرف ملزم بأدائها نحو الطرف الأخر). (سامية معاوي، الثقافة التنظيمية والعلاقات الاجتماعية داخل المؤسسة الجزائرية- دراسة حالة بالمؤسسة المينائية لسكيدة- مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية عنابة، 2008-2009 ص13).
- أما ماكس فيبر فيعرفها بأنها مصطلح اجتماعي يستخدم غالبا لكي يشير إلى الموقف الذي من خلاله يدخل شخصان أو أكثر في سلوك معين، وأيضاً كل منهما في اعتباره سلوك الأخر بحيث يتوجه سلوكه على هذا الأساس. (المرجع نفسه، ص 14).

ومن هذا المنطلق يمكننا الخروج بقاعدة سوسيولوجية مفادها أن العلاقات الاجتماعية عملياتها سواء الايجابية أو سلبية ما هي إلا نتاج إنساني اجتماعي فالعلاقات الإنسانية تنمو وتتفاعل وتستمر لتصبح علاقات اجتماعية، وأي خلل في هذه العملية يؤدي إلى خلل في شبكة العلاقات الاجتماعية سواء الرسمية أو غير الرسمية.

2- طاهر حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة(دراسة مقارنة الجزائر-فرنسا، دار هومة لطباعة والنشر والتوزيع، 2002، الجزائر، ص34.

## شكل رقم (51) يبين علاقة مقدم الخدمة بالمستشفى العام:



المصدر: من إعداد الباحثة.

ب- **علاقة مقدم الخدمة بالمستقبل الخدمة** : إذا كان مقدم الخدمة يتعامل مع احد الزبائن أو مستقبلي الخدمة في المستشفى، والذي حددته- شخص معين لتخديم الخدمة مثلا طبيب- إدارة المستشفى لتشخيص مرضه أو علاجه أو تسهيل إجراءاته الإدارية ، فانه لا يتعامل معه بصفته الشخصية ولكن بصفته مستخدما أو موظفا لدى المستشفى<sup>1</sup>، وعلى هذا الأساس فان علاقة مقدم الخدمة في مستشفى بالمستقل هي علاقة وظيفية مباشرة لا تقوم إلا من خلال المرفق الصحي العام وتفترض وجود علاقة مباشرة بين المستقبل والمستشفى بغرض تقديم دوره كعلاج للمقبل أي طالب الخدمة وهو المريض.

وبذلك فان حقوق والتزامات كل مقدم الخدمة وطالب الخدمة أو المستقبل تحدد بمقتضى لوائح المنظمة لنشاط المرفق العام الذي يديره المستشفى، فعلاقة الطبيب بالمريض مثلا في المستشفى العام هي علاقة شخص مكلف بأداء خدمة عامة طبقا للوائح بشخص ينتفع بخدمات المرفق العام طبقا للقوانين ومؤدي ذلك انه يوجد عقد بين الطبيب الممارس في المستشفى عام والمريض الذل ينتفع بخدمتها.<sup>2</sup>

ج- **علاقة مستقبل الخدمة بمقدم الخدمة**: تختلف طبيعة العلاقة هنا باختلاف اهتمام مستقبلي الخدمة بأحوالهم الصحية وكذلك باختلاف طريقة تفكيرهم ومعتقداتهم وأجناسهم وأديانهم وطبيعة المجتمعات التي يعيشون فيها، وأيضا باختلاف مستوى إدراكهم لتوابع المرض إذا ما ترك دون علاج. ويمكننا في هذا السياق نميز بين ثلاث أنماط من سلوكيات مستقبل الخدمة وهي:

<sup>1</sup>- طاهر حسين، مرجع سابق، ص 33

<sup>2</sup>- المرجع نفسه، ص 34

- **النمط الأول:** يعتقد أصحاب هذا النمط أنهم المسؤولين عن صحتهم حالياً ومستقبلاً، بمعنى أن ما يحدث لهم أو ما قد يطرأ على أحوالهم الصحية مستقبلاً هو نتيجة أعمالهم أو سلوكياتهم المعيشية أو الحياتية، ويطلبون التفسيرات الكثيرة لأحوالهم الصحية ويحبون الحوار، ودائماً يطلبون المزيد من المعلومات ويتدخلون في القرارات المتعلقة بأحوالهم الصحية ويتقبلون بصدق ربح الاستشارات والتعليمات الطبية إذا ما اقتنعوا بها.

- **النمط الثاني:** يتبنى أصحاب هذا النمط مبدأ القضاء والقدر ويؤمنون به، ومن ثم يعتقدون أنه ليس بإمكانهم التحكم في أحوالهم الصحية، ولا يهتمون بالحوار السقراطي الفلسفي أو المشاركة في قرارات الأطباء بشأنهم، وينصب تركيزهم على ما يجب عليهم أن يفعلوه ولهم بعد ذلك حرية تقبل أو تجاهل النصيحة حسب أحوالهم الصحية والنفسية.

- **النمط الثالث:** يؤمن أصحاب هذا النمط بدور الطبيب ولكنهم لا يتعاملون بسهولة ولا يؤمنون أن باستطاعتهم التأثير في أحوالهم الصحية، ويرفضون بشدة الإقناع بأنهم يتحملون مسؤولية صحتهم.<sup>1</sup> يترتب على تفاوت أنماط المرضى وسلوكياتهم فيما يتعلق بأحوالهم الصحية ضرورة استخدام أساليب متنوعة في التعامل معهم، حيث تشير معظم الدراسات إلى أن إرضاء المريض أو إقناعه يعتبر عاملاً أساسياً في العلاقة بين مقدم الخدمة والمستقبل، وإن معظم المرضى لا يتبعون الخطط الموضوعة لعلاجهم ما لم يكونوا مقتنعين بها.

## 2-2- الأنماط السلوكية في المؤسسة الإستشفائية:

ينظر إلى العلاقات الاجتماعية التي تنشأ داخل المؤسسات الصحية من عدة مستويات ، وتتصف هذه العلاقات بصفة إشباع حاجات معينة وهي شبه مفروضة أو لا إرادية من حيث كون المرضي في حاجة إلى من يقدم له العون الطبي وكون الأطباء والمرضى محتاجين إلى ممارسة مهنتهم بالمقابل، و تتصف هذه العلاقات خاصة تلك التي تنشأ بين أعضاء الهيئة الطبية "أطباء-مرضى- فنيين" ومرضى بأنها ذات طبيعة مؤقتة وتنتهي في الغالب بانتهاء سبب نشوؤها ومع ذلك قد يستمر بعضها وتتحول إلى نوع من العلاقات وتنتهي في الغالب بانتهاء سبب نشوؤها، ومع ذلك قد يستمر بعضها وتتحول إلى نوع من العلاقة الشخصية الحميمة في حالة الشفاء أو العلاقة العدائية في حالة وقوع خطأ طبي أو إهمال أو ما إلى ذلك، وهناك مقاربات متعددة لتصنيف العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسات الصحية تنطلق مما

<sup>1</sup> - عبد العزيز مخيمر ومحمد الطعامنة، مرجع سابق، ص ص 165-166.

يعرف في علم الاجتماع بالعمليات الاجتماعية التي تظهر من خلال الأنماط السلوكية للفاعلين الاجتماعيين ، ومن خلالها يمكن النظر إلى العلاقات الاجتماعية مصنفة على النحو التالي:

أ- **علاقات التعاون:** يعتبر التعاون من العمليات الاجتماعية التي تضم منظومة من العلاقات النوعية والتي يمتزج فيها ما هو نفسي بما هو اجتماعي، في أي علاقة داخل المؤسسات الصحية يأخذ الأطراف المعنيون بهذه المؤسسات في حسابهم أهمية كل دور في طرفي العلاقة ويسعون بشكل تضامني لتحقيق أهداف المؤسسة الصحية،

تستند علاقة التعاون داخل المؤسسات الصحية وغيرها على عدة منطلقات منها:

- وجود الحاجة المشتركة والشعور المشترك بأهمية العمل الطبي الذي يتطلب تعاون الجميع لكي يحقق أهدافه.

- وجود الرغبة الصادقة في التعاون لصالح المرضى ولصالح المؤسسة الصحية ولصالح المجتمع ككل وهنا لا ينبغي أن يتحول العمل التعاوني إلى تحقيق مآرب شخصية أو كسب مادي فقط.

- إن المساهمة التعاونية لكل طرف من أطراف هذه العلاقة داخل المؤسسة الصحية لها أهميتها وتقديرها، فدور الممرضة مهم شأنه في ذلك شأن الطبيب ودور المريض مهم ودور غيره من العاملين داخل المؤسسة لا يقل هو الآخر أهمية عن غيره.

ب- **علاقة التنافس:** التنافس داخل المؤسسة الصحية عملية اجتماعية لها تداعياتها العلائقية بين الأطراف المتنافسين داخل هذه المؤسسات ، والتنافس مهم في المجال الصحي إذا كان من أجل المزيد من التطوير والتحسين في الخدمات الصحية ومن أجل زيادة مستويات الخبرة والكفاءة ، أما إذا تحول التنافس إلى نوع من الصراع والسعي لإلحاق الأذى بالطرف الآخر فهنا تبرز علاقات سلبية يكون لها انعكاسات سلبية على وظيفته في المؤسسة الصحية وبالتالي انعكاس على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

ويمكن توظيف علاقة التنافس الايجابية في الرفع من مستوى أداء العمل وزيادة التعليم والتدريب.

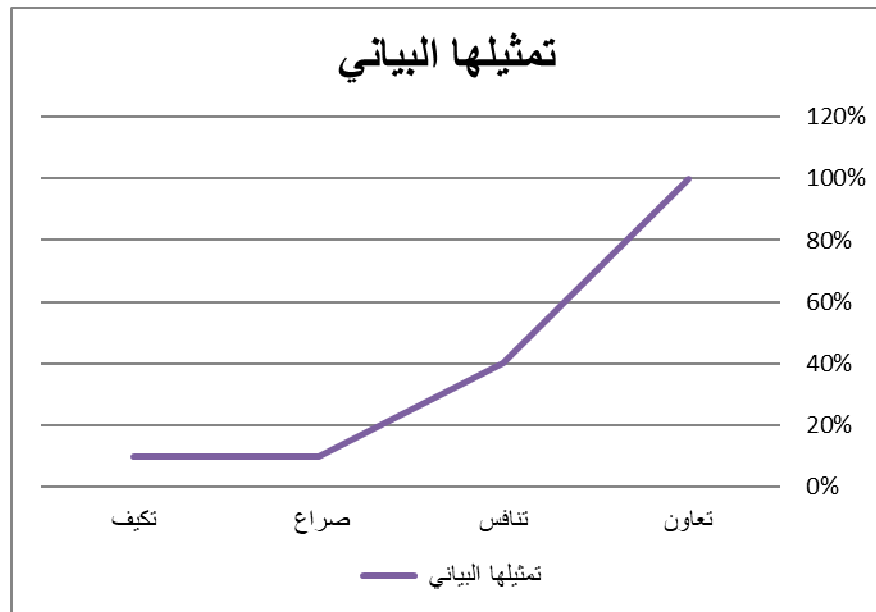
ج- **علاقة التكيف:** التكيف علاقة اجتماعية تنشأ بين الفرد والوسط الذي يوجد فيه ، وفي المؤسسة الصحية خاصة المستشفيات يحتاج المرضى الذين تقتضى ظروفهم الصحية البقاء في المستشفى إلى نوع من التكيف لتحقيق الانسجام والمواعمة بين رغباتهم واحتياجاتهم الذاتية وبين رغبات واحتياجات الآخرين ومتطلبات المستشفى بكل ما تعنيه من متطلبات طبية مهنية أو نظم وتشريعات أو سلوك وتصرفات، ومن خلال عملية التكيف يتم إدماج المرضى في الوسط المؤسسي الطبي "المستشفى"

وإقامة نوع من العلاقات المتجانسة معه حتى يسهل عليهم الحصول على الخدمة الطبية والدخول في علاقات سوية مع الآخرين.<sup>1</sup>

ح- **علاقة صراع:** إن وجود الصراع داخل المستشفى هو أمر طبيعي وعلى الإدارة الصحية أن تولى الصراع أهمية كبيرة من أجل الحفاظ على الكوادر البشرية من أجل تحقيق أهداف المستشفى بكفاءة وفعالية، ان معظم المشكلات الإدارية التي تسبب الصراعات تعود إلى سوء الفهم أو عدم الوضوح في تراتب السلطة، وهذا ما يؤدي إلى آثار سلبية داخل المؤسسة الاستشفائية لخصها الكاتبين صلاح محمد ذياب و عبد الإله سيف الدين الساعاتي في النقاط التالية:

- العمل لحساب المصالح الشخصية والخاصة على حساب مصلحة المستشفى.
- هدم المعنويات وإضاعة الوقت والجهد في مسائل جانبية دون تحقيق أهداف المستشفى.
- فقدان الثقة بين العاملين والإدارة.
- انخفاض الإنتاجية وإعاقة العمل وقتل المهارات والابتكار والإبداع.
- ترك العمل (زيادة العمل) وزيادة الإضرابات والعنف أحيانا بالإضافة إلى زيادة الضغط والتوتر في العمل.

- سوء العلاقات الوظيفية وسوء تبادل المعلومات.
  - سوء توزيع المواد واستخدامها بالإضافة إلى عدم الاتزان في اتخاذ القرارات.<sup>2</sup>
- شكل رقم (52) يبين تأثير العلاقات الاجتماعية بين الفاعلين على المؤسسة الاستشفائية



<sup>1</sup> - عبد السلام بشير ، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق، 2006، ص ص 75-76.

<sup>2</sup> - صلاح محمد ذياب و عبد الله سيف الدين الساعاتي، مرجع سابق، ص 206.

كما تبرز العلاقات الاجتماعية اليومية داخل المجتمع بعض المظاهر السلبية و الانحرافية تبرز كذلك على مستوى المؤسسة الصحية مظاهر لعلاقات سلبية أو منحرفة ، هذه نماذج استشفائية ( علاقة تعاون، تنافس، تكيف، صراع) لأنواع العلاقات التي تنشأ داخل المؤسسات الصحية ، وهي تعطي الدليل أن العامل الاجتماعي له أهميته المتميزة داخل هذه المؤسسات، فالإنسان باعتباره كائنا اجتماعيا يؤثر ويتأثر بالوسط المحيط به أي انه فاعل ومنفعل في النسق الاجتماعي المؤسسي المنتمي إليه.

يعتبر التعاون من العمليات الاجتماعية الايجابية داخل المؤسسات الاستشفائية إذ يأخذ الأطراف المعنيون بهذه المؤسسات في حسابهم أهمية كل دور في طرفي العلاقة ويسعون بشكل تضامني لتحقيق أهداف المستشفى، وقد يتطور هذا النمط العلائقي -التعاون- إلى نمط آخر وهو التنافس بين الفاعلين الاجتماعيين في المؤسسة بغرض تحقيق أهداف منها ما هو شخصي مضر بالمستشفى، ومنها ما هو عملي يدعم المستشفى ويؤدي إلى الجودة في تقديم الخدمات الصحية باعتبار التنافس صفة لإبراز الجودة من عدمها .

اذن فالتنافس داخل المؤسسة الاستشفائية عملية اجتماعية لها تداعياتها العلائقية بين الأطراف المنافسين داخل هذه المؤسسات، والتنافس مهم في المجال الصحي إذا كان من اجل المزيد من التطوير والتحسين في الخدمات الصحية ومن اجل زيادة مستويات الخبرة والكفاءة، أما إذا تحول التنافس إلى نوع من الصراع والسعي لإلحاق الأذى بالطرف الأخر فهنا تبرز علاقات السلبية التي لها انعكاساتها المدمرة على وظيفة المؤسسة الاستشفائية وحتى على وجودها من عدمها.

إن وجود الصراع داخل المستشفى هو أمر طبيعي وعلى الإدارة الصحية أن تولى الصراع أهمية كبيرة من اجل الحفاظ على الكوادر البشرية ومن اجل تحقيق أهداف المستشفى بكفاءة وفعالية، ويلاحظ أن معظم المشكلات الإدارية هي التي تسبب الصراعات و تعود إلى سوء الفهم أو عدم الوضوح في تراتب السلطة وهذا ما يؤدي إلى أثار سلبية داخل المؤسسة، وبالتالي فالصراع في المؤسسة الاستشفائية ناجم عن اختلاف المصالح بين الأطراف المتصارعة من عمال أو إدارة أو تنظيم رسمي أو غير رسمي بين مالك السلطة والتابعين لسلطة، وقد يتكيف العاملون مع وجود هذا الصراع أو قد ينتج عنه نمط جديد للنهوض بالمؤسسة الاستشفائية وهذا النمط هو نمط التعاون من اجل المصلحة العامة مقابل المصلحة الخاصة .



- الفصل الرابع : دراسة سوسيونظرية للمؤسسات الطبية الاستشفائية الجامعية

أولاً- المداخل النظرية للمؤسسات الطبية

1. الاتجاهات الكلاسيكية في دراسات التنظيمات الطبية.

II. الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية

ثانياً\_ مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر

1. الوضع الصحي في الجزائر خلال الاحتلال الفرنسي

II. الوضع الصحي في الجزائر بعد استرجاع السيادة الوطنية

ثالثاً - تنظيم وتسيير المستشفى الجامعي في الجزائر

1. نشأت المستشفى الجامعي في الجزائر

II. تنظيم المستشفى الجامعي في الجزائر

1. التسيير الإداري للمستشفى الجامعي في الجزائر

## أولاً- المداخل النظرية للمؤسسات الطبية

نظرا لقلّة المادة العلمية حول الخاصة بالتنظيمات الطبية. لذا فليس هناك سوى الرجوع لتصنيفات علم الاجتماع الطبي لهذه الاتجاهات الحديثة، خاصة دراسات علم الاجتماع الطبي - الذي تنتمي له دراستنا الحالية - ودراسات بينية "بنيوية" تتخذ من علم الاجتماع ادواته ومناهجه ونظرياته، وتتخذ من علوم الطب موضوعاته وظواهره، ومن ثم نتناول الاتجاه البنائي الوظيفي، واتجاه النسق الفني، والاتجاه الاجتماعي، وتبعا للمحددات النظرية لكل اتجاه قام الباحث بتحديد الانتماء النظري لأي من الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية، فمثلا الدراسات التي اهتمت بالفعالية التنظيمية للتنظيمات الطبية او الإنجاز فيها او بنظام تقسيم العمل او بالمعوقات التي تعوق أدائها لوظيفتها، وضعها الباحث تحت الانتماء العلمي للاتجاه البنائي الوظيفي، والدراسات التي اهتمت بالتغير التكنولوجي الطبي، او اهتمت بالهيئات الفنية الطبية العامة داخل هذا التنظيم وضعها الباحث تحت الانتماء العلمي لاتجاه النسق الفني، والدراسات التي اهتمت بصنع القرارات داخل التنظيم الطبي او بالعلاقات الإنسانية بين افراد الهيئة او الهيئات المعاونة لها والمرضى او اهتمت بالعلاقات بين التنظيم الطبي وافراد المجتمع المحلي، وضعها الباحث تحت الانتماء العلمي للاتجاه النفسي الاجتماعي.

واشير الى وجود دراسات تشترك في اتجاهيين نظريين او أكثر مما ذكرناه كالدراسات المهمة بالتغيرات التكنولوجية في التنظيمات الطبية ومدى تأثيرها على صناعة القرار الطبي والعلاقات بين افراد الهيئة والمرضى. ووجدنا دراسات أخرى يتضح فيها الانتماء العلمي لعلم الاجتماع الطبي او الأنثروبولوجيا الطبية، لكنها لا تتدرج بشكل واضح تحت أي من هذه الاتجاهات كالدراسات حول الثقافة الصحية، ووجدنا دراسات لا تدخل تحت علم الاجتماع الطبي، ولا يمكن ان نصنفها تحت هذه الاتجاهات الثلاثة السابقة، كدراسات التنظيمات الطبية الصغرى والمتخصصة، ومن منهما تم تناول هذه الاتجاهات لتكتمل رؤية الباحث ولهذا اعتبر الباحث أيا منها اتجاها قائما بذاته، مع توضيح دلالات انتمائه الأساسي لأي من الاتجاهات الثلاثة الاصلية التي حدد الباحث نظرتة للتنظيمات الطبية من خلالها، وفيما يلي توضيح المداخل المداخل النظرية على قسمين هي :

\_ القسم الأول: الاتجاهات الكلاسيكية في دراسات التنظيمات الطبية.

\_ القسم الثاني: الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية وهي:

- الاتجاه الوظيفي في دراسة التنظيمات الطبية.
- الاتجاه النسق الفني في دراسة التنظيمات الطبية.
- الاتجاه النفسي الاجتماعي في دراسة التنظيمات الطبية.
- اتجاه دراسة التنظيمات الطبية الصغرى والمتخصصة.
- 1. **الاتجاهات الكلاسيكية في دراسة التنظيمات الطبية:**

ففي هذه المرحلة كانت محاولات الإطار الفكري الذي انطلقت منه الرؤى لدراسات التنظيمات الطبية، والتي ظلت ملتصقة بعلم اجتماع التنظيم (خاصة في المناهج والأدوات) وكانت تصنف ضمنها علميا، وتعتبر المستشفى التنظيم الطبي الذي اشتركت فيه غالبية الدراسات الأولى، تبحث فيه عن الصفات المميزة وسنتطرق لبعض المحاولات في هذه المرحلة:

- كالمحاولة التي قام بها المونت لندساي **Almont Lindesey 1962** عما تحدث عن تنظيم وإدارة خدمات المستشفى ودور السلطات المحلية، وأطباء العائلة وادوارهم المهنية الجديدة، والضرورة الطارئة للسياسة الصحية وغيرها.

- وأيضا المحاولة التي قام بها هاورد أي فريمان واخرون **Howard E.Freeman 1963** **Others** عندما قاموا بتحليل تنظيمات العمل الطبي، خاصة فيما يتعلق بالتماسك في السلطة المهنية، وتجزئ المسؤولية الطبية، ونمو مشكلات التعاون بين الهيئات الطبية والإدارية في المستشفى والعمل البيروقراطي فيها، وشكل العمل الذي يشبع حاجات المرضى فيها ويشبع حاجات الأطباء الوظيفية... وغيرها.

- ومحاولة ريتشارد م. ماجرو ودينال ب ماجرو **Magraw Richard M.Magraw 1966** **Daniel B.** في تحليل المستشفى ودورها في الطب والعلاقة بين الأطباء والمرضى والمستشفى والتخصصات الطبية المختلفة ودورها في التعاون الطبي، ودور الطبيب ودور المريض والمهن الطبية وتدعيم الاعمال الفنية المطلوبة للمستشفى وغيرها.

- رؤية ان كارتريب **Ann Gartwright** للعلاقة بين الأطباء والمرضى، رؤية المرضى للمستشفى ووسائل الاتصال بين الأطباء والمرضى وبنية الخدمة الصحية المجانية والخاصة.

- ودراسة روندي م كو في كتابه الدراسات الاجتماعية للطب عن المستشفى حيث يرى البناء الاجتماعي لأي مؤسسة صحية يتغير على الدوام لان أعضائه وصانعي قراراته يحاولون دائما ان يكيفوا

أهدافهم وانشطتهم تبعاً للحالات المتغيرة التي ترد اليهم، لهذا فالسلوك التنظيمي داخل هذه التنظيمات يبدأ داخل اطار الدلالات الموروثة من الماضي كالتعاون بين البشر ومن ثم فالتنظيمات في عمومها تسعى لتنظيم الأنشطة التعاونية لجماعة ما حتى تصبح ، جهودهم منسقة بفعالية للوصول الى غرض مشترك ، وتختلف التنظيمات في درجة ثبات هذه الأبنية واحتياجات الافراد لها ، بل وانشطتها التي توجهها للأفراد في المجتمع ، وعموما هناك تركيبات داخل هذه التنظيمات تكيفها مع الاحتياجات المتغيرة .

- اما مارجريت أي .هاردي وماري إي كونواي 1978 Hardy Mary E.Gonway

**Margart E** في كتابها نظرية الدور : توقعات للمهن الطبية، وفيه حددت المؤلفتان رؤيتهما للتنظيمات الطبية باعتبارها كيان اجتماعي قد تم تصميمه للأغراض الإنسانية ، ولان هذه التنظيمات تختلف في أهدافها وكيفية اتخاذها لقراراتها ولأسس السلطة فيها ،لابد لنا من فهم جوانب من الحياة التنظيمية لها ولدور العاملين فيها حتى نستطيع تحليل ما يتم داخلها ،من ذلك انطلقت المؤلفتان لدراسة الاستقلالية التي تميز التنظيمات الطبية ، والتي راتها في نمط الرعاية الصحية التي تقدمها ، فهذه الاستقلالية - في رايهما لا تأتي من اختلافهما مع التنظيمات الأخرى في اتخاذ القرار ، او تقسيم العمل او الحفاظ على السلطة والنظام ، لكنها تأتي من أولئك العاملين فيها ، فهم يشغلون مكانات إضافية لا يشغلها امثالهم في التنظيمات الأخرى ، فأصحاب المهن الطبية بعيدون عن مصادر التحكم والضغط الخارجي عليهم وهم في نفس الوقت متحكمون في غيرهم ، وهذا لا يأتي ضمن الهيراركية الوظيفية داخل التنظيمات ، لكنه يأتي من سيادتها فوق مهن أخرى عندما نقارنها باحتياجات الانسان لها، وعموما تتضح هذه الاستقلالية عند كتابتهم للرتوشات الطبية التي لا يعرفها الا الأطباء، لهذا يضع افراد هذه المهن حدودا لتوصيل ما يعرفونه لمرضاهم (سواء معلومات بالتشخيص او العلاج) ، وقد انتقلت هذه الطريقة لغيرهم من أصحاب المهن الطبية المعاونة كالممرضات .هذا الامر وان كان يحمي المرضى بيولوجيا او نفسيا او اجتماعيا ، فانه قد يخلق مناطق صراعية بين المرضى وافراد الهيئتين (الطبية و الطبية المعاونة) ، تتضح جلية فيما يحدث مع اللوائح والقواعد البيروقراطية للتنظيم الطبي.<sup>1</sup>

-ويرى في هذا الاتجاه المحللون الماركسيون ان النموذج الطبي يتأثر بكل من الاقتصاد والسياسة، ويرى الماركسيون ان هناك علاقة كبيرة بين كل من احتياجات النظام الاقتصادي كقيمة اجتماعية ، وفي راي **Kelman** فان افضل قدر من الصحة المتاحة للسكان من الناحية الوظيفية يحدث اذا كان

1- على ليلة و سعاد عثمان واخرون ، علم الاجتماع الطبي ، ط1، دار المسيرة، الأردن، 2009، صص 28-30.

مقدار الزيادة في الموارد الاقتصادية التي تم توجيهها الى مجال الصحة قد اسهم في زيادة مقدار الإنتاجية الكلية للمشروع بنسبة اكبر أي ان مقدار الحالة الصحية للأفراد في المجتمع الرأسمالي يقاس بمقدار العائد الاقتصادي الذي يتحقق نتيجة توجيه قدر من الموارد الاقتصادية للصرف والانفاق على المجال الصحي<sup>1</sup>

- ويقول (نافارو) في هذا الصدد: ان النظام الطبي له وظيفة مهمة بالنسبة للنظام الاقتصادي الرأسمالي ، وهي تشجع زيادة الطلب على الخدمات الطبية ، واستهلاك المنتجات التي توفرها شركات الادوية والمستلزمات الطبية في الأسواق ، ويقول الماركسيون في اطار تحليلهم للعلاقة بين الأبنية الاقتصادية - السياسة للمجتمعات الرأسمالية والمداخل النظرية لموضوع الصحة - ان الدول الرأسمالية تصدر الامراض لدول العالم الثالث وذلك عن طريق ما تدفنه من نفايات سامة في أراضيها ، وهكذا فقد اهتم التحليل الماركسي بمعرفة القوى التي ساعدت على صياغة تعريف ضيق للصحة يحاول ربطها بالقدرة على العمل والإنتاج.<sup>2</sup>

II. الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية:

### 1- الاتجاه الوظيفي في دراسة التنظيمات الطبية:

ينظر أصحاب هذا الاتجاه للتنظيم كنسق اجتماعي يتكون من مجموعة انساق فرعية، وهو نفسه يعتبر نسقا فرعيا لنسق اكبر منه وهو المجتمع، ويرون ان استمرار هذا التنظيم يلزمه مجموعة متطلبات وظيفية منها المواعمة وتحقيق الهدف والتدعيم، والتكامل والكمون، وينظرون حديثا للتنظيمات الطبية كنسق صحي يتميز بنظام لتقسيم العمل يختلف عن غيره من التنظيمات الأخرى هذا التقسيم هو ما يجعل الإنجاز والفعالية التنظيمية أيضا يتسمان بنفس سمات التمييز.

مازالت الدراسات الوظيفية الحديثة للتنظيمات الطبية مهتمة بدراسة التغير في نظام تقسيم العمل فيها، على اعتبار تميز و خصوصية هذا التقسيم، وتضمنه لهيئة إدارية وأخرى طبية وكان لمتغير التكنولوجيا تأثير كبير على هذا التقسيم، وقد تابعت أبحاث عديدة هذه التغيرات سنذكر بعض منها:

- ما قام به مايت دنت **Mike Dent 1990** في بحثه تنظيم العمل داخل قسم الكلى وتغيره: دراسة لتأثير دخول نظام الكمبيوتر داخل مستشفيات ويرى دنت ان وحدات الكلى تواجدت منذ البداية للغسيل الكلوي للمرضى الذين يعانون من فشل كلوي في مراحلها النهائية ولتدريبهم على ان يقوموا بذلك لأنفسهم،

1- طارق السيد، اساسيات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة ، مصر، 2008، ص 49.

2- المرجع نفسه، ص 51

ومن الجوانب المهمة في هذه العملية تسجيل حالتهم الصحية اثناء ذلك بدقة من خلال الممرضات والأطباء ، لهذا تحتوى وحدات الكلى عددا كبيرا من التقارير حول المرضى الذين يستخدمونها ومع ادخال نظام الكمبيوتر تيسرت الكثير من هذه المتابعات والبيانات سواء للمتابعين لها من الممرضات او المستخدمين لها من الأطباء ، والبحث هنا ليس في أهمية هذه الأجهزة او كيفية الاستفادة منها بل في نظام تقسيم العمل الاكلينيكي الذي ينشأ على ذلك ، خاصة فيما يتعلق بالعلاقة بين الأطباء والممرضات هذا على اعتبار ان تلك العلاقة مشكلة للطرق التي من خلالها يمكن الاستفادة من نظام الكمبيوتر الذي تم إدخاله .

- وفي بحث اخر ل جورج أي فراير **George Eryer 1991** بعنوان المهن الطبية في الولايات المتحدة مستشهدا في بحثه بتقسيم العمل لدوركايم خاصة في المجتمعات الصناعية المتقدمة .حيث يرى ان المهن الطبية في القرن الأخير كانت غالبيتها تحت مسمى الممارس العام ولكنها الان تحولت الى مهن طبية عالية التخصص ومع الوقت صارت اعداد هؤلاء الأطباء - الدقيق التخصص - اكثر كثيرا عما هو مطلوب، في الوقت ذاته هناك حاجة ماسة لولائك الممارسين إضافة الى سوء توزيع كليهما في مختلف التنظيمات الطبية ، مما قد يجعل احدهما يقوم بأدوار الاخر ، للدرجة التي جعلت جورج فراير يعتبر هذا النظام غير طبيعي في استجابته لاحتياجات المرضى ويرجع ذلك لعدم وجود توافق في العمل بين ممارسي العام و ممارسي الصحة ويشير الى أهمية التضامن المفترض تواجهه.

- وفي سياق فعالية التنظيم اجرى بولدي واخرون **D. Boldy Others 1996** بعنوان الصفات المقارنة لمديري الخدمات الصحية النشطين انها تتعلق بالمهارات الشخصية، والمهارات الكلاسيكية للإدارة لكن هذه المهارات تختلف.

- اما التنظيمات الطبية فقد ناقشها جار تلى من خلال اهداف التنظيم الطبي عموما والخلفيات التاريخية له وشكل التنظيمات الطبية الحديثة والمشكلات التي يعاني منها الافراد العاملون فيها، وكيفية الدراسة الاجتماعية للمستشفى، وتنظيمات العلاقات بين المرضى والأطباء والتعاون بين الخدمات الطبية والاجتماعية وتوزيع الأطباء على التنظيمات الطبية، ونماذج الاستفادة من الخدمات الطبية وغيرها من الموضوعات<sup>1</sup>، وقسم جارتى تحليلاته على ثلاث محاور تنظيمية الأول: ان المستشفيات يجب ان توزع وتنظم وتتعاون تبعا لأسس جغرافية حتى نتأكد من سهولة وصول الخدمات الطبية للمحتاجين اليها

1- على ليلة ، مرجع سابق ، ص ص 36-38

،الثاني :ان المستشفيات يجب ان تنظم بحيث نتأكد من وصول خدمات كافية لنوعية مختلفة من المرضى ص المحتاجين لها، والثالث : القرارات يجب ان تتخذ تبعا لتنظيم وإدارة وإشراف وتعاون افراد الهيئات التي تمثل كافة المهن فيها، كل بأيدولوجيته ودوره في العمل، ويشير جار تلى الى ان مشكلات الافراد العاملين في المستشفى تأتي من عدم كفاية الاعداد اللازم للقيام بالأدوار المطلوبة منهم، هنا تأتي أهمية الاعتناء بالمدارس الطبية وأهمية مراجعة سياسات الاستعانة بأطباء تعلموا في الخارج ، اما عن كيفية دراسة المستشفى اجتماعيا ،فيرى جار تلى انه يمكن دراستها عبر التغير التكنولوجي ،وتغيير الأدوار الاجتماعية فيها ونظام التدرج الاجتماعي ، والعلاقة بين الأهداف والتكنولوجيا والتخصص والسلطة واتخاذ القرار ، والنموذج البيروقراطي المميز لها وهيراركية العمل وأخيرا يشير جار تلى لأهمية دراسة أنماط العلاقات بين الأطباء والمرضى ،سواء التي تتم داخل المستشفى او خارجها وأهمية التعاون بين مقدمي الخدمات الطبية والاجتماعية وكيفية الاستفادة من الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفى .فمعرفةنا بذلك تساعدنا على مواجهة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية التي تواجهها هذه التنظيمات الطبية عند تقديمها في المجتمعات المختلفة، وفي المناطق المختلفة في المجتمع الواحد<sup>1</sup>.

-وحسب منظور انجل ان الاستقلال المهني قد تأثر بدرجة النمو البيروقراطي خاصة عندما تتزايد هذه الأخيرة وقد تبين في نهاية الامر ان ممارسة الضبط والالتزام الذي يمارسه الأطباء نحو جماعاتهم لا يتصف بالتعسف او الشدة في اغلب الأحيان ، وقد أوضحت دراسة تم إجراؤها في الولايات المتحدة انه حتى الطبيب المسئول كان يرفض استخدام سلطته الشرعية ،وكان يفضل عوضا عن ذلك - ممارسة تأثيره الشخصي للتأثير في الأطباء الذين يقعون تحت اشراف هو يجب الا تقتصر الجهود الإدارية على ضبط العمل من الناحية البيروقراطية فقط ، بل يجب ان يكون هناك متسعا للضمير الإنساني أيضا.<sup>2</sup>

-وهناك نظرية بارسونز التي تصنف احد المحاور الرئيسية في المدرسة الوظيفية البنوية التي يتزعمها تالكوت بارسونز الذي يرى في الصحة ضرورة لتنمية المجتمعات وتقدمها خاصة المجتمعات الصناعية حيث يتحدد دور الفرد ومكانته الاجتماعيين من خلال موضعه من دائرة الإنتاج ، اخذ مفهوم الصحة بعدا سياسيا وتنمويا يستغله الساسة في حملاتهم الانتخابية لكسب أصوات الناخبين من الفراء الذين لا يقدر على العلاج في مجتمعات رأسمالية حيث تنقسم الصحة الى قسمين صحة للأغنياء وأخرى للفقراء الذين تتبنى الدولة نفقات علاجهم المجاني، أسس بارسونز نظريته حول العلاقة التي بين

1-المرجع نفسه ،ص ص 34\_35.

2- طارق السيد ، مرجع سابق ، ص 115.

الطبيب والمريض على الجانب الوظيفي من ناحية وعلى الجانب البنيوي من ناحية ثانية ، يتصل العنصر الوظيفي في هذه العلاقة بالوظيفة الاجتماعية للطبيب المتمثلة في المحافظة على استقرار وتوازن صحة الفرد والجماعات بمقاومة الامراض وتخفيف عن المرضى بتوفير الفحوص المتكررة وتقديم العلاج المناسب لمستحقيه ، فالطبيب حسب بارسونز هو المؤهل الوحيد من طرف المجتمع لما يمتلكه من معرفة متميزة للأمراض والعلاج ، كما ان له وحده حق اتخاذ قرار ما يلزم المريض من دواء يتناسب واصابته وتحديد فترة النقاهة اللازمة ، كما ان للطبيب مسؤولية اعلان الشفاء وإعادة المريض الى الحياة العلمية، اما الجانب البنيوي في العلاقة بين الطبيب والمريض فتقرره الهياكل والمؤسسات الاجتماعية مثل الاسرة التي تنتظر من الطبيب المعالج التصريح للمريض بالعودة الى حياته النشيطة ، كما تنتظر المؤسسة العلاجية التي يمثلها الطبيب من المريض الامتثال لأوامره واتباع وصفاته ، لتحقيق الشفاء وإعادة الادماج تسمى نظرية بارسونز هذه بنظرية التراضي.

تتميز هذه العلاقة بأمرين، الأول عدم التوازي بين الطرفين والثاني الخضوع، يتمثل الامر الأول (عدم التوازي) في البون المعرفي الشاسع بين الطبيب والمريض وتفرد الأول بالعلاج، فبالتالي يكون الطبيب العنصر الفاعل في المعادلة، اما الامر الثاني (الخضوع) فتجسده وضعية المريض كطرف متلقي سلبي لتعليمات الطبيب نتيجة جهله ورضوخه للتعليمات الصادرة عن هذا الأخير. تقوم نظرية على عدم التوازن و اللاتكافؤ بين العلم من ناحية والجهل من ناحية ثانية.<sup>1</sup>

- وقد برهن **Seeman** و**Evans** وايفانز **Evans** باستخدام مقاييس للاتجاهات وتقويم الرؤساء للعمل والتقارير الذاتية، على ان الأطباء المقيمين لنوبات أربعة عشر وحدة من هيئات التمريض ذات مستويات تدرج متباينة شعورا بان معلومات التنسيق المتعلقة بالمرض ( وهي مطلب اولي لعمل الفريق) كانت افضل وحدات هيئة التمريض ذات التدرج الأقل ، واكثر من ذلك وفيها يرى الأطباء المقيمين تحقق فرصة افضل للتعليم في الوحدات ذات الدرجة الدنيا في التدرج ، كما قرر الفاحصون أيضا انهم يمضون وقتا اقل يخصصون فيه المريض بعناية سيكولوجية، وذاك في الوحدات ذات التدرج الأعلى وبذلك استخلصوا ان الدرجة العليا للتدرج في البناء الاجتماعي للمستشفى تسهم في افقار نوعية رعاية المرضى من خلال إعاقة الاتصال الضروري لعمل الفريق والحد من العناية النفسية المقدمة للمريض.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>- صالح المازقي، مدخل الى علم اجتماع الصحة، مركز النشر الجامعي ، تونس، 2008، ص 206.

<sup>2</sup>محمد علي محمد و سناء الخولي، دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط5، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الاردن، 2015، ص 325.



## 2- الاتجاه النفسي الاجتماعي في دراسة التنظيمات الطبية:

ينظر أصحاب هذا الاتجاه للتنظيم الاجتماعي عبر حاجات ودوافع أعضاء التنظيم الشخصية، فكلاهما يؤثر على سلوكيات الافراد، وقد يشكل مناطق للصراع بين الفرد والتنظيم، ويؤثر على انجاز التنظيم لمهامه الأساسية وقد يخلق تنظيمات غير رسمية فيه اما عن هذه الحاجات والدوافع الشخصية لأعضاء ومرضى التنظيمات الطبية فقد بحثها العلماء في بحوثهم الحديثة عبر استجابة المرضى للرعاية الطبية وعلاقة المرضى بأفراد هيئة التمريض والعلاقة بين تكلفة الخدمة الطبية والمكانة الاجتماعية - الاقتصادية للمرضى، ويعتقد أصحاب هذا الاتجاه ضرورة الاهتمام بنظرة المرضى، وتقسيم الأدوار داخل التنظيمات الطبية تبعاً لذلك ليأتي التعديل والتغيير فيها بما يتلاءم مع المرضى ومتطلباتهم وهذا ما سنحاول توضيحه من خلال طرح مجموعة أفكار لمجموعة من الباحثين:

- من هذه الدراسات ما قامت به **نيكي بريتن 1991 Nicky Britten** في بحث بعنوان رؤية المرضى للاستشاريين حيث اخذت الباحثة عينة من (24) فرداً من استشاريي المستشفى وأجرت معهم مقابلات حول آرائهم في الطريقة المحتملة لدخول مرضاهم الى المستشفى وقد تم تحليل بيانات هذه السجلات وأجريت مقابلات مع (20) مريض لمعرفة آرائهم في هؤلاء الاستشاريين وقد تم تحليل بيانات تلك المقابلات واستخلصت الباحثة ان هناك نموذجين مختلفين لكلا الفريقين. فالاستشاريين عبر نموذج اجتماعي نفسي للاعتلال ويريدون الامتثال له.<sup>1</sup>

- وقد قدم **دافيد هيوز 1988 David Hughes** دراسة بعنوان عندما تعرف الممرضة بشكل افضل بعض جوانب العلاقة التفاعلية بين الممرضة والطبيب في قسم الطوارئ و ما يجب على العاملين فيه ان يفعلوه ، للدرجة التي قد يطور كلاهما تعبيراته وسلوكياته المهنية تبعاً لطبيعة المرضى المستفيدين من خدمات هذا القسم ، فإذا لم يحدث هذا وفشلت الممرضة ان تنمي معرفتها الطبية والثقافية بما يتلاءم مع الافراد الهيئة الطبية ستكون الكارثة مع المرضى.

- **ساندارك جوز واخرون 1993 Sandra K. Joos Others** في بحثهم حول "رغبات المرضى واشباعهم في عيادات الممارس العام " فهم يرون ان متطلبات المرضى وحاجاتهم هي النقطة المبدئية التي يجب ان تراعى في الرعاية الطبية التي تقدمها التنظيمات الطبية فتكرار تلبية الأطباء لرغبات مرضاهم يخلق الثقة والاشباع تجاه هؤلاء الأطباء وتجاه ما يقدمونه من رعاية طبية وقد قام الباحثون

<sup>1</sup>- طارق السيد ، مرجع سابق، ص 43.

بدراسة (243) مريضا بمرض مزمن ،واثبتوا ان المرضى الذين يفتقدون المعرفة الثقافية الصحية مع اطبائهم فقدوا ثقتهم في علاجهم بواسطة هؤلاء الأطباء ،لهذا اكد الباحثون على إعادة تأهيل الأطباء للقيام بهذا الدور ووضع برامج تأهيلية او تكميلية للعلاج الطبي الذي يتلقاه المريض في المستشفى.<sup>1</sup>

- درس العالم الأمريكي فريديسون اليوت العلاقة بين الطبيب والمريض خالية من البعد الإنساني الذي يتوهمه عامة الناس ،ينظر هذا الباحث الى أعماق تلك العلاقة فيراها تحمل في طياتها النزعة الذاتية المبنية على الريح الشخصي للطبيب بعد ان جردها من الجانب الغيري الذي لطالما شكل في التصورات الاجتماعية ركيزتها الأساسية، فمن ناحية لا تمثل القوانين التي تضبط الحقل الطبي في رأيه الا درعا يحمي مصالح الطبيب من مخاطر المنافسة التي تشكلها المهن الشبيهة بالطب في المقام الأول، ومن ناحية ثانية تشتمل ذات العلاقة النمطية على نسبة من الاستقلالية يتمتع بها المريض امام هيمنة طبيبه، انطلق فريديسون من ملاحظات شخصية سجل خلالها محاولات المرضى لإقناع اطبائهم بحالتهم الصحية كما تصورها لهم ترتيبهم الصحية (عصر ثقافي) وذلك رغم ثقتهم في القدرات العلمية لأطبائهم ، فكأنما يلمح فريديسون بطرف خفي الى العلاقة بين الثقافة والعلم ،تأسس العلاقة بين الطبيب والمريض عقدا ضمنيا يجمع بينهما ضمن شبكة من التفاعلات التي اكتسبت شكل العرف وقوته ،حيث يلتزم كل الطرفين المتعاقدين بما عليه من واجبات وما له من حقوق ،كما تتوفر في هذا العقد كل اركان العقود التفاعلية بين الافراد من الوجود المادي للطرفين المتعاقدين ،موضوع العقد، تبادل المنافع والاجر او المقابل، ويشير كذلك ان الأطباء في بعض المجتمعات يعتمدون في دخلهم على تكرار عودة المرضى اليهم وانهم يسعون قدر طاقتهم للحد من عدد الأطباء حتى يحسنون وضعهم التنافسي.<sup>2</sup>

- وفي دراسة أخرى بين سكيير وليونارد ان تفاعل المريض مع هيئة المستشفى عن طريق تزويده بالمعلومات والتأييد العاطفي يمكن ان يخفف الى حد كبير من عبأ التجربة التي يمر بها، وهذا بدوره ستكون له اثار عميقة غير مباشرة على استجاباته الاجتماعية والنفسية بل والجسمانية (الفسولوجية) أيضا، كما تعجل بشفائه الى حد كبير، كما أشار زولا الى ان رفض الاعتراف بالعنصر غير الطبي في المعاونة قد يؤدي الى فشل العلاج ،كما ان الضرر قد يلحق بالمريض بسبب معالجة الاعراض الجسمانية فقط دون الاعتراف بانها جزء من صورة اكبر.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - على ليلة ، مرجع سابق ،ص ص 43-44.

<sup>2</sup> - صالح المازقي، مرجع سابق ،ص 210

<sup>3</sup> - محمد على محمد ،مرجع سابق، 282

- أوضح كاسل ان الاتصال اللفظي عن طريق اللغة- لغة الأطباء مع المرضى- يمكن اذا استخدم بمهارة ان يساعدهم في اثناء العلاقة بين الأطباء والمرضى، وهذا بدوره الى الانسجام وفعالية العلاج وفي كتاب علم الاجتماع الطبي الذي افه دافيد تاكيت أشار الى ان الاستشارة الطبية مهمة جدا في التأثير على التفاعل بين الطبيب والمريض كما أشار الى ان هناك عوامل اجتماعية ونفسية لها حضور مؤثر على هذا التفاعل<sup>1</sup>

- قام كذلك بين سيرا بدراسات عديدة انطلاقا من نموذج الذي قدمه بارسونز عن التفاعل بين الطبيب والمريض كما درس الإعلان العالمي الجديد للرعاية الصحية الذي يعملون في مستشفيات عامة يميلون الى عدم التعاطف مع المرضى، مما يؤثر سلبا على علاج المرضى

- اما انجلش وبعض الباحثين الاخرين فقد تناولوا توقعات المرضى في تعاملهم مع الأطباء وان رضاهم عن الخدمة الطبية التي تقدم اليهم مرهون بما يتوقعه هو من الطبيب.

### 3- اتجاه النسق الفني في دراسة التنظيمات الطبية:

ينظر أصحاب اتجاه النسق الفني للتنظيم بوصفه نسقا اجتماعيا ترتبط فيه التكنولوجيا بعواطف الافراد وكلاهما يرتبط بالبيئة المحيطة بهذا التنظيم لهذا فالتكنولوجيا والبناء الرسمي يحددان درجة اشباع الافراد داخل وخارج هذا التنظيم ،ويحددان شكل العلاقة بين التنظيم والبيئة .اما عن نظريتهم للتنظيم الطبي فلم تختلف كثيرا عن سابقتها ،فالتغيرات التكنولوجية والعلاقة مع البيئة المحيطة مازال العاملين المهمين في نظرتهم لها، اضافة لذلك فالجوانب الاقتصادية للتنظيم يعتبرها أصحاب هذا الاتجاه من العوامل المهمة في تشكيل درجة اشباع الافراد من الخدمة الطبية التي يقدمها وهذا ما سنحاول توضيحه من خلال نظرة بعض الباحثين في هذا المجال:

-لقد درس فيري تاكيت تنظيمات الرعاية الصحية بنظرة نقدية لإعادة تنظيم الخدمات الصحية داخل المستشفيات من خلال بنائها وعلاقتها بالتغير التكنولوجي ، والتنظيم الفعلي للسلطة الذي يرتبط به صناعة القرار في المستشفى ونظام تقسيم العمل في المستشفى ، اما عن بناء المستشفى وعلاقته بالتغير التكنولوجي فيري تاكيت ان اقصى استفادة من التكنولوجيا المتقدمة يعتمد على بناء تنظيم ملائم لها والتنظيم - في رايه- يعني الاستفادة القصوى من الأدوات البشرية وغير البشرية في تغيير حالة الافراد صحيا، ويعرف التكنولوجيا بانها كمية الاستراتيجيات العلاجية التي يمكن ان تقدم من خلال هيئة مدربة

<sup>1</sup>- طارق السيد ،مرجع سابق، ص 137

على ذلك، والبناء هو الطريقة التي من خلالها تنفذت المهام التي يجب ان يقوم بها الموظفون الطبيون، ويشير الى ان هناك سببا رئيسيا لتعدد تلك العلاقات والتخصصات والقرارات الا وهو الخط المزدوج للسلطة في المستشفى وهذا ما قد يتعارض مع الإدارة وبيروقراطية التنظيم وطبيعة القرارات الإدارية وأنماط الهيئات التي تقع بين نمطي السلطة كالممرضات ، ويشير تاكيت في معرض تحليله داخل المستشفى الى ان سلوك اتخاذ القرار هو التحديد الحقيقي للنفوذ والسلطة ، كما ان السياسات والاهداف التي ترغب في تحقيق هذه التنظيمات تختلف هي الأخرى من تنظيم لأخر ، وعموما اختلاف المستويات التي تتخذ فيها القرار قد يؤدي لضياع هذا القرار امام الصراعات والتنافسات حوله ، ويؤكد تاكيت على أهمية تدريب افراد الهيئة الطبية ، خاصة مع تغير المواقف العلاجية التي يتعرضون لها، واختلاف أنماط الامراض ، واهمية استجابة افراد هيئة التمريض للمرضى الذين يعالجون لفترات طويلة ، وبراها في نمطين أولهما اللامبالاة والاعترا ب ، وهذا ما يحدث عندما يفقدون القدرة على مساعدة مرضاهم والثاني الإنسحابية وهذا ما يجعلهم يؤديون دورهن كما كن مجبرين عليه (بشكل اوتوماتيكي) وهذا نفسه ما يحدث لأفراد الهيئة الطبية ، وكلاهما قد يعوق تقديم الرعاية الطبية.<sup>1</sup>

#### 4- اتجاه دراسة التنظيمات الطبية الصغرى والمتخصصة:

لم تعد دراسات التنظيمات الطبية ترى في تميز تنظيمات المستشفى عن غيرها من التنظيمات الأخرى ما يكفي لتحليل الرعاية التي تقدمها ، ففي داخلها ما يميز كل قسم منها رغم السمات المشتركة فيها مع بقية الأقسام الأخرى هذا التميز قد لا يسمح لها بالانضمام تحت نفس السلطة والصراع و الهيراركية الوظيفية، مما جعلها تستقل عن المستشفى ، اكثر هذه الأقسام كانت الأقسام النفسية والعصبية والاقسام الخاصة بالنساء والتوليد ، صار لكل منها مستشفى الخاص وادارته وهيئاته الطبية المميزة له ، وهذا ما جعل الدراسات الحديثة للتنظيمات الطبية تنتظر في هذه التنظيمات الطبية الصغرى او المتخصصة.<sup>2</sup>

رغم اننا قد عالجنا كل منظور من المنظورات السابقة معالجة مستقلة من اجل أغراض التحليل الا انها تتكامل ، وتمثل أساليب معينة نستطيع بواسطتها دراسة نفس العمليات الاجتماعية وسلوكية ومدى تأثيرها على جودة الخدمات الصحية وفي هذا سياق نحاول مزج هذه المنظورات مع بطريقة تساعدنا على

<sup>1</sup> - على ليلة و سعاد عثمان ، مرجع سابق ، ص ص 32-33.

<sup>2</sup> - المرجع نفسه ، ص ص 55-56.

تفسير العلاقة بين السلطة وجودة الخدمات الصحية. من خلال تحليل تأثير دور السلطة المتمثلة في امتلاك المهارات والمعرفة من خلال الوعي بالأفعال وردود الأفعال في بيئة العمل بين ممارسي الصحة ، اما الاتصال فلا يشير الى عدد المتصلين فحسب بل الى أهمية الاتصال في ضوء امتلاكهم للوسائل والمعلومات والمعرفة والمهارات

### ثانيا- مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر:

مر النظام الصحي في الجزائر بعدة تحولات، كانت نتيجة لقرارات سياسية أو أزمات اقتصادية، ويمكن تقسيم المراحل التي مر بها النظام الصحي في الجزائر إلى مرحلتين أساسيتين هما أثناء الاحتلال الفرنسي المرحلة الثانية وبعد استرجاع السيادة الوطنية.

#### 1. الوضع الصحي في الجزائر خلال الاحتلال الفرنسي:

مر الوضع الصحي في الجزائر أثناء الاحتلال الفرنسي بثلاث مراحل هي كالاتي:

##### 1- المرحلة الأولى من (1830-1850): إن الحديث عن طبيعة المنظومة الصحية التي

كانت بالجزائر منذ أن وطأ الجيش الفرنسي أرض الجزائر سنة 1830 ، أنها كانت تتسم بالكارثية و اللامبالاة من قبل الإدارة العثمانية بالجزائر ، حيث تفشت الأمراض المعدية بكل أشكالها إلى جانب المجاعة والبؤس الذي ضرب المجتمع الجزائري برمته، وحسب ما جاء في تقارير العسكريين لاسيما ما بين (1830 الى 1850) فان الجيش الفرنسي يكون قد فقد ما يربو من 50 ألف جندي جراء هذه الأمراض المستعصية ناهيك عن فئة الكولون التي عانت كثيرا هي الأخرى من هذه الأوضاع خاصة في السنوات الأولى للاحتلال<sup>1</sup>، وفي هذه المرحلة لم يهتم الاحتلال الفرنسي بتطوير النظم الصحية التي كانت موجودة قبل غزوه للجزائر وإنما كان هدفه الأساسي في هذه المرحلة المبكرة هو العمل على بسط قوته ونفوذه على كامل التراب الجزائري عن طريق جذب وكسب تأييد السكان وبالتالي تسهيل الهيمنة والاستيطان ، فقد تم تقديم العلاج لهم عن طريق الممرضين والمسعفين ، ولكن بصفة عامة فان الأهالي المدنيين رفضوا ونفروا من الاستفادة من العلاج والإسعاف الذي يقدمه العسكريون ، الذين اعتبروهم أعداء دائما، ويقول في هذا الصدد بوزين bousin أحد الأطباء الفرنسيين : "إن الطب عمل تحضيري وتمديني

<sup>1</sup>- بن الشيخ حكيم، المنظومة الصحية في الجزائر خلال فترة الاحتلال الفرنسي للجزائر (1830-1962)، المجلة المغاربية للدراسات التاريخية والاجتماعية، العدد 5، جامعة الجلاي اليابس، الجزائر سيدي بلعباس، 2018، ص 6.

من جهة ، ومن جانب آخر يشكل مؤسسة سياسية يمكن من خلالها استقطاب العرب إلينا و المساهمة في توسيع نفوذنا وتأثيرنا السلمي على قبائل المناطق الداخلية....."

وبالتالي نستنتج أن قطاع الصحة في المرحلة الأولى من مراحل الاحتلال قد كان له دور في المساندة والدعم لتثبيت قدم المحتلين في الجزائر وخدمة الجيش الاستعماري.

## -2- المرحلة الثانية (1850-1945): عكس المرحلة الأولى فان هذه المرحلة عرفت

تطوراً كبيراً شهدت فيه ميلاد مؤسسة حقيقية تخدم مصالح الاحتلال الفرنسي بالجزائر، بناءً على مراسيم وقوانين مكملة منها مرسوم 21 جانفي 1853 المكمل لما جاء في مرسوم 13 أفريل 1845، الذي استحدث بموجبه 60 مركزاً ومستوصفاً ليصل بعد ذلك إلى 112 مركز

<sup>1</sup>، كان ظاهراً هو الاهتمام بصحة الجيش الفرنسي والسكان والمدنيين من الأوروبيين والجزائريين لكن في باطنها هي سياسة استعمارية استيطانية، وقد تم اتخاذ عدة إجراءات من أهمها:

- تشجيع الأطباء الغربيين على الهجرة إلى الجزائر والعمل في العيادات الطبية
- إنشاء دوائر طبية ومستشفيات
- تدعيم وجعل المستشفيات العسكرية مختلطة
- إنشاء مؤسسات وهيئات علمية ومؤسسات طبية جديدة.

إن التطورات التي حدثت في النظام الصحي في الجزائر المستعمرة جاءت للاستجابة لمطالب المستوطنين الفرنسيين والأوروبيين من جهة ، ومن جهة أخرى فان التطورات والإجراءات التي أدخلت على النظام الصحي المدني وكذا العسكري ، كانت مجرد وسيلة استراتيجية للإدارة الفرنسية كمحاولة لكسب تأييد الجزائريين و توطيد علاقتها معهم وذلك للقضاء على الثورات الشعبية التي ظهرت في تلك الفترة، ولكن الشعب الجزائري لم يلجأ إلى المستشفيات الفرنسية إلا إذا تفاقم المرض به ولم تتمكن الأسرة من علاجه ، فضلاً عن هذا فإن العلاج عند الفرنسيين يعتبر تدنيماً لشرف الأسرة وكرامتها <sup>2</sup>.

1- بن الشيخ حكيم، مرجع سابق ، ص 8.

2- خروبي بزارة عمر، تحت اشراف نور دين حاروش، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر\*1999-2009\*، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية خليف شلف، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر، 2010-2011، ص 30-31.

**3- المرحلة الثالثة ( 1945-1962 )** :إن الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدهور الذي مس الشعب الجزائري كنتيجة للسياسة الاستعمارية العنصرية التي طبقتها فرنسا في الجزائر(باستثناء البعض من الجزائريين الذين كانوا محظوظين لمعاملتهم بنفس الطريقة لدى الأوروبيين) ساهم وبشكل كبير في تدهور الوضع الصحي للأهالي جراء انتشار الأمراض والأوبئة والفقر والمجاعة ، وهذا ما أدى إلى ظهور حركات وطنية( كنجم شمال إفريقيا في سنة 1926، جمعية العلماء المسلمين في سنة 1931، حزب الشعب الجزائري في سنة 1937 ) تدافع على حقوق الجزائريين السياسية منها والاجتماعية والاقتصادية والصحية ، ومن بين ما كانت تتادي به العدالة والمساواة في استعادة كل الجزائريين دون تمييز عرقي أو ديني أو طبقي من الخدمات الصحية وامتيازات الضمان الاجتماعي، ولكن لم يكن لهذه الأحزاب تأثير فعال وواضح على التنظيم الصحي الاستعماري الذي واصل تدعيمه للعمل على الاستجابة لمصالح المستوطنين الاوروبيين ، وساعد الحظ القلة من الجزائريين المثقفين ممن كانوا أعضاء في المجالس الانتخابية في الإدارة الاستعمارية والعمال ، في القطاعات الصناعية من الاستفادة من امتيازات الضمان الاجتماعي والاستفادة من مصالح الصحة المخصصة للأوروبيين.

وكننتيجة للممارسات غير الإنسانية من طرف الاحتلال الفرنسي في حق نشطاء الحركة الوطنية والشعب الجزائري من قتل وسجن وتعذيب ونفي تغيرت المطالب وأصبحت تتادي بالاستقلال وهو ما أدى إلى إعلان الثورة التحريرية التي تميز خلالها النظام الطبي ب:

- أ- **الفترة الأولى من 1954 إلى 1956** تميز بالعشوائية وعدم التنظيم حيث كان النظام الصحي قائم على العلاج الأولي أو الاسعافات الأولية، وكان في مجمله غير مؤطر وغير مجهز بما فيه الكفاية.
- ب- **الفترة الثانية تمتد من 1956 إلى 1962** حيث تميز بانعقاد مؤتمر الصومام في 20 اوت 1956 الذي نظم الثورة بما فيها القطاع الصحي حيث أصبح لكل ناحية مراكز صحية تمثلت في بنايات على شكل كوخ أو بيوت من الطين ومخابئ مهياة على شكل مستشفى ، كما كانت التجهيزات والوسائل المستعملة بسيطة جدا تأتي أغليبتها من المؤسسات الصحية الاستعمارية بواسطة أطباء وممرضين جزائريين يعملون بالمستشفيات الأوروبية ولكنهم ينتمون الى جبهة التحرير الوطني ويعملون لصالحها ، أما فيما يخص الأشخاص المؤطرين فانه يجدر الإشارة إلى الاستجابة الفعالة للطلبة والثانويين نتيجة الإضراب التاريخي للطلبة الجزائريين في 19 ماي 1956 مما سمح بدخول العديد من الطلبة في صفوف جيش التحرير الوطني، بما في ذلك طلبة كلية الطب وممرضين وأطباء جراحين وصيادلة انظموا إلى صفوف الجهاد وعملوا على تدعيم وتطوير نظام الصحة للثورة .

## وبشأن التنظيم الداخلي للنظام الصحي للثورة فكان منظماً كما يلي:

- يلحق النظام الصحي رأساً إلى النظام العسكري وكل الذين يقومون به يخضعون إلى النظم العسكرية التي يخضع لها جيش التحرير.
  - يمنع على القائمين على المستشفى أن يتجولوا أو يتصلوا بأي شخص، ويمنع عليهم أن يخبروا بمكان المستشفى، كما يمنع أن يتصل بهم أي شخص أو يعرف مكانه.
  - بالمستشفى فرقة خاصة بالحراسة وبجلب التموين والاتصال بإدارة القسم والناحية والمسؤول العسكري بصفة خاصة.
  - يزود المستشفى بالتموين لمدة أطول ما يمكن، مع أسبقية المستشفى في الأكل واللباس.
  - ويمنع على الممرضين المتجولين أن يظهروا أنفسهم بأن مهنتهم هي التمريض أو الطب إلا عند الحاجة.
  - ان لا يحمل الممرض من الدواء إلا أقل كمية، أما الباقي فهو مخزن تحت الأرض، وكل ما يخص المستشفى من تموين وأدوات يجب أن يخزن في أماكن خاصة لا يعلم بها إلا اثنان أو ثلاثة.
  - هناك ساعي البريد خارج المستشفى يقوم بتبليغ الأوامر.
- كان النظام الصحي لجبهة التحرير الوطني موجه لأفراد جيش التحرير الوطني من جهة وموجه كذلك لتقديم العلاج للسكان من جهة أخرى، حيث يعتبر النظام الصحي لجبهة التحرير الوطني البذرة الأولى لبروز النظام الصحي للجزائر المستقلة في عناصره وأهدافه.
- نظراً لقوة الثورة وشموليتها دفع بالشعب الجزائري إلى الالتفاف حولها ، مما عقد من مهنة الإدارة الاستعمارية ،لذلك عمدت هذه الأخيرة إلى إدخال بعض الإصلاحات السياسية والاقتصادية وهذا لصالح الغالبية الكبرى من الشعب الجزائري ، هذا في ظاهرها ولكن النية الحقيقية للاحتلال من وراء هذه الإصلاحات هو عزل الثورة عن الشعب مما يسهل عملية القضاء عليها ، ومن بين الإصلاحات ما جاء في مخطط قسنطينة سنة 1958....، غير أن هذه الإصلاحات بقيت حبراً على ورق ما عدا السماح للطلبة الجزائريين الالتحاق وبأعداد مهمة بكلية الطب بجامعة الجزائر ومدارس تكوين المساعدين الطبيين، أما باقي الشعب الجزائري في المحتشدات والقرى بقي يعاني حقد وبطش الاحتلال الفرنسي<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - خروبي بزارة عمر، مرجع سابق ، ص ص 31-35.



## II. الوضع الصحي في الجزائر بعد استرجاع السيادة الوطنية:

مرت الجزائر بعد الاستقلال بعدة أزمات ومشكلات في كل المجالات، وهذا يعود إلى الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية المتدهورة الموروثة عن الاستعمار، وأمام هذه الوضعية المتأزمة وجدت الجزائر نفسها أمام تحديات كبيرة لإعادة بناء المجتمع وتطوره في شتى الميادين بما فيها القطاع الصحي<sup>1</sup>.

مرت السياسة الصحية في الجزائر بمراحل أساسية تتسم كل مرحلة منها بأوضاع سياسية و اقتصادية و اجتماعية وديمغرافية مختلفة، وعلى هذا الأساس مر الوضع الصحي بعد استرجاع السيادة الوطنية بثلاث مراحل هي كالاتي:

### 1- المرحلة الأولى: 1963-1973 (مرحلة تسيير الأزمة الصحية):

غداة الاستقلال بلغ عدد الأطباء في الجزائر 5000 طبيب (50 منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن، وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع تجاوز 180 لكل 1000، وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة وانتشار الأمراض المتنقلة، كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفيات والإعاقات، ولمواجهة هذه الوضعية وفي ظل الموارد المحدودة ركزت وزارة الصحة على هدفين هما:

- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العام والخاص) لتسهيل الحصول على العلاج.

- مكافحة الأمراض والتقليل من الوفاة وخاصة الأمراض المعدية.

وتميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية، كما فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال، وفي نفس الفترة كان الإنتاج الصيدلاني الاستيراد والتوزيع بالجملة من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) على الخصوص.

يمكن تقسيم النظام الصحي المعتمد آنذاك إلى ما يلي:

- المستشفيات التابعة للدولة.

1- سامية عمارة، السياسة الصحية في الجزائر، الأستاذة سامية عمارة، قسم علم الاجتماع والديمغرافية، جامعة الجزائر 2 / 8-10-2018 / 13.30  
<https://platform.almanhal.com/Reader/2/111999/>

- مصحات خاصة يملكها الأفراد.
- المراكز والمستوصفات الصحية كانت تدار من قبل البلديات وقد ألحقت بالمستشفيات بين عامي 1967-1968.<sup>1</sup>

## 2- المرحلة الثانية من 1974-1989 تسمى بمرحلة مجانية العلاج:

من خصائص هذه المرحلة تطبيق مجانية العلاج في جميع المؤسسات الصحية العمومية وذلك طبقاً للأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28/12/1973، والذي يقر بمجانبة العلاج في القطاعات الصحية العمومية ابتداء من أول جانفي 1974<sup>2</sup>، ليأتي بعدها الميثاق الوطني 1976 الذي نص على حق المواطن في الطب المجاني، حيث جاء فيه أن الطب المجاني مكسب ثوري وقاعدة لنشاط الصحة العمومية، وتعبير عملي عن التضامن الوطني، ووسيلة تجسد حق المواطن في العلاج.<sup>3</sup>

كما دعم دستور 1976 هذا الحق في المادة 67 منه والتي تنص بأن: "لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانبة، وبتوسيع مجال الطب الوقائي، والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل، وكذلك عن طريق ترقية التربية البدنية والرياضة ووسائل الترفيه"<sup>4</sup>، واعتبره كذلك دستور 1989 حقاً وواجباً على الدولة جاء في المادة 51: "إن الرعاية الصحية حق المواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها."<sup>5</sup>

وفي عام 1981 تحولت المؤسسات العمومية الاستشفائية إلى مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تسمى "القطاع الصحي" تضم كل هياكل الوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة تقويم الأعضاء طبياً، وكل هيكل صحي عمومي تابع لوزارة الصحة، ويتولى مدير القطاع الصحي رئاسة مجلس المديرية، ودعمت المؤسسات الصحية العمومية بمؤسسات استشفائية متخصصة بعدها.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> - كحيلة نبيلة، تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة لنيل شهادة المجستير، تخصص تسيير الموارد البشرية، قسنطينة، 2009-2008، ص 50-51.

<sup>2</sup> - ج ج د ش، مرسوم تنفيذي رقم 86-25، المادة رقم 06، ص 116.

<sup>3</sup> - ج ج د ش، جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، 1976.

<sup>4</sup> - ج ج د ش، جبهة التحرير الوطني، الدستور، 1976، المادة 67 -/ <http://www.el-mouradia.dz/arabe/symbole/textes/constitution76.htm>

<sup>5</sup> - ج ج د ش، الدستور، 1989، المادة 51 -/ <http://www.el-mouradia.dz/arabe/symbole/textes/constitution89.htm>

<sup>6</sup> - سعودي على، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر، شهادة مجستير في اطار مدرسة الدكتوراه دولة ومؤسسات عمومية، مدرسة الدكتوراه دولة ومؤسسات عمومية الدفعة 4، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 1، 2016-2017، ص 3-4.

هذه الفترة شهدت تشييد معتبر من الهياكل الصحية وخاصة المستشفيات العمومية والهياكل القاعدية (عيادات متعددة الخدمات ومراكز الصحة) وذلك لتحقيق مبدأ المساواة في الاستفادة من الرعاية الصحية ومجانية العلاج، تم خلال هذه الفترة إنشاء 13 مركز استشفائي جامعي بمهام ثلاثة وهي: الرعاية وتقديم العلاج، التكوين والبحث وكان ذلك في سنة 1986<sup>1</sup>، وتراجع نسبة الوفيات خاصة وفيات الأطفال وهذا بفضل البرامج الوطنية للصحة (برنامج محاربة السل ونقص التغذية، برنامج التلقيح الإجباري ...) كما سجلت هذه المرحلة تراجع ملحوظ للأمراض المتنتقلة، وأمل الحياة انتقل من 50 سنة 1962 إلى 65 سنة في سنة 1989 م.<sup>2</sup>

نستطيع القول ان من مميزات الخطاب السياسي في هذه الفترة، هو السير على وتر المصطلحات الكارزمانية مثل العدل والمساواة بين جميع المواطنين في الاستفادة من العلاج والوقاية والرعاية الاجتماعية وما ساعد السلطة السياسية في هذه الفترة على اتخاذ قرار مجانية العلاج هو الارتفاع الكبير لعائدات البترول والغاز والارتفاع الكبير أيضا لأسعار البترول.

إن المشاكل التي عرقلت عمل المنظومة الصحية في الجزائر في هذه الفترة كانت كبيرة حيث أن الاستراتيجية الصحية المركزة حول المستشفى والخدمات العلاجية، أدت إلى تهميش الرعاية الصحية الأولية والوقائية، وكذلك الازدحام داخل المستشفيات بالقطاع العمومي، نقص وندرة الأدوية وأهم المشاكل على الإطلاق تدني الأجور لدى الأطباء وعمال القطاع الخاص، حيث أن هذا الأخير وجد الفرصة سانحة لنموه والارتفاع بخدماته كما ونوعاً لكن بقي المواطن البسيط لا يستطيع الاستفادة من العلاج الخاص بسبب التكلفة الكبيرة حيث يعمل بصيغة الدفع المباشر (طابع ليبيرالي).<sup>3</sup>

### 3- المرحلة الثالثة من 1989 - 1999.

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة في كل الحالات ما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل والبنى التحتية التربوية والتجارية والصناعية وحتى الهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة، فضلاً عن استفحال ظاهرة البطالة والمحسوبية وبروز طبقة

<sup>1</sup> - ج ج د ش ، المرسوم التنفيذي رقم 86-25، المادة رقم 06، ص 116.

<sup>2</sup> - خروبي بزارة عمر، مرجع سابق، ص 44.

<sup>3</sup> - المرجع نفسه، ص 42.

برجوازية طفيلية تمكنت من جمع ثروات مالية ضخمة يصعب جمعها في نظام حر إلا بمرور أجيال وكل هذه الأجواء أدت إلى عودة بعض الأمراض والأوبئة المنتقلة عن طريق المياه وظهور أمراض مزمنة كالسكري وأمراض القلب والتنفس، ويعود هذا الوضع إلى قلة النظافة العمومية وتدهور السكنات وتوسع رقعة الفقر بالإضافة إلى نقص التغذية عند بعض الطبقات الاجتماعية وكذا التغيرات المناخية<sup>1</sup>، ورغم الجهود المبذولة من طرف الحكومة في سبيل تطوير قطاع الصحة، وتحسين الخدمات في مجال الرعاية الصحية بالنسبة للمواطنين، إلا أن ذلك لم يغير في الوضع المزرى الذي أصبح يعيشه قطاع الصحة في الجزائر، حيث أصبحت مديونية المستشفيات مرتفعة جداً مما يعيق عمل هذه الأخيرة وهذا ناتج عن سوء التخطيط والتسيير المصاحب لعدم عقلانية الإنفاق العام والاستعمال العشوائي للموارد المرصودة، وغموض العلاقة بين النظام الصحي وقطاع الضمان الاجتماعي<sup>2</sup>.

وشهدت هذه الفترة أيضاً إصدار المنشور الوزاري سنة 1995 والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي<sup>3</sup>.

#### 4- المرحلة الرابعة من 1997-2007:

كانت هذه المرحلة بداية لقانون 1993 الذي نص أنه بدايةً من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي، وهذا الأخير "النظام أو النهج التعاقدى" الذي شرع في عملية التجريب بداية من 1997،، للوصول بعد الدراسة إلى النتائج النهائية التي سوف تطبق بحلول سنة 2000، لكن الدراسة لم تتوصل إلى غايتها، كما عرفت هذه المرحلة بإعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية<sup>4</sup>.

وفي سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية بتقسيمها إلى نوعين جديدين من المؤسسات هما: "المؤسسة العمومية الاستشفائية" و"المؤسسة العمومية للصحة الجوارية" وفق المرسوم التنفيذي 140/07

1- خروبي بزارة عمر، المرجع السابق، ص 46.

2- المرجع نفسه، ص 49.

3- ج ج د ش، وزارة الصحة والسكان المنشور رقم 01، المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى، المؤرخ في 8 أفريل 1995 م، ص 2.

4- نور دين حاروش، مرجع سابق، ص 152.

المؤرخ في 2007/05/19 ، أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن، وتتمتع كل من المؤسسات بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وهي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري، فهي بذلك تطبق عليها قواعد القانون الإداري سواء من حيث سيرها وقواعد تنظيمها.<sup>1</sup>

### ثالثاً- تنظيم وتسيير المركز الاستشفائي الجامعي في الجزائر:

#### 1. نشأت المؤسسة الاستشفائية الجامعية:

تعد المراكز الاستشفائية الجامعية مؤسسات ذات طابع إداري، وشخصية معنوية واستقلال مالي<sup>2</sup>، تنشأ المراكز الاستشفائية الجامعية بمرسوم بناء على اقتراح مشترك بين وزير الصحة العمومية ووزير التعليم العالي، بعد استشارة لجنة التنسيق الوطنية للمراكز الاستشفائية الجامعية<sup>3</sup>. يمارس وزير الصحة العمومية الوصاية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس وزير التعليم العالي الوصاية التربوية على جميع الاعمال المتعلقة بالأنشطة التربوية والعلمية في المؤسسة، لاسيما ما يخص ما يأتي:

- تنظيم الهياكل والأجهزة التربوية والعلمية التابعة للمؤسسة.
- شروط التحاق الطلبة بها وتوجيههم.
- المصادقة على مداورات المجلس العلمي فيما يخص المسائل المتعلقة بالتكوين والتي تهم البحث العلمي المرتبط بالتكوين في العلوم الطبية.<sup>4</sup>

ولإنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية يجب أن:

- توفر موارد مادية وطاقات بشرية بعدد كاف تثبت الكفاءة المطلوبة لضمان نشاطات العلاج، لاسيما المستوى العالي والتكوين في مرحلتي التدرج وما بعد التدرج والبحث حتى تستطيع القيام بأعمال العلاج والتكوين والبحث.

<sup>1</sup>- سعودي على، مرجع سابق، ص 4 .

<sup>2</sup>- ج ج د ش ، المرسوم رقم 25-86 ، المادة رقم 2، ص116

<sup>3</sup>- المرسوم رقم 25-86 ، المادة رقم 3، ص 116

<sup>4</sup>- المرسوم رقم 25-86 ، المادة رقم 5، ص116

- وجود هياكل أساسية وتجهيزات علمية وتربوية وتقنية صالحة لاستقبال الأساتذة والطلبة وتضمن لهم أذى شروط العمل.<sup>1</sup>
- كما أقر المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 في مادته السابعة توفر حد أدناه تسعة اختصاصات هي كالتالي: (الطب الداخلي، الجراحة العامة، طب الأطفال، أمراض النساء والتوليد، أمراض الأذن والأنف والحنجرة، أمراض العيون، الراديو الإشعاعي، البيولوجيا، التخدير والإنعاش)<sup>2</sup>.

### 1- المهام الأساسية للمؤسسة الاستشفائية الجامعية: للمؤسسة الاستشفائية ثلاث مهام أساسية

تتمثل في ميدان الصحة والعلاج وفي مجال التكوين وفي البحث

أ- في ميدان الصحة والعلاج: يضمن نشاط التشخيص والعلاج والاستشفاء و الإستعجالات الطبية الجراحية والوقائية، إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان، كما يتولى تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة، المساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية والتربوية للمؤسسات الصحية، المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

إلى جانب هذه المهام يضمن المركز الاستشفائي الجامعي للسكان القاطنين بالقرب منه والذين لا تغطيهم القطاعات الصحية المجاورة، المهام المسندة إلى القطاع الصحي والتي تتمثل أساسا في تنظيم توزيع الإسعافات وبرمجتها والوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء والتخطيط العائلي، وإعادة تأهيل مستخدمي الصحة والمصالح بصفة عامة وكذا تحسين مستواهم المادة 5 المرسوم رقم 97-466 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997.

ب- في مجال التكوين: ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسات التعليم العالي في علوم الطب والمشاركة في إعداد وتطبيق البرامج المتعلقة به، المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة (الشبه الطبيين والمستخدمين الإداريين والتقنيين التابعين للصحة العمومية)، وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم (من خلال دورات التكوين المتواصل الذي يجبر العمال مهما كان مستواهم ومرتبتهم بمتابعة دورات التكوين المتواصل التي تنظمها المؤسسة أو المؤسسات والمراكز المختصة الأخرى).

<sup>1</sup> - ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 97-467، المادة رقم 9، المحدد لقواعد إنشاء وتنظيم وتسيير المراكز الاستشفائية الجامعية، ج ر، العدد 81، الصادرة في 02 ديسمبر 1997، ص 30.

<sup>2</sup> - المرسوم التنفيذي رقم 86-25، المادة رقم 7، ص 117.

ت- في ميدان البحث: القيام في إطار التنظيم المعمول 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.<sup>1</sup>

وتدخل هذه المهام كذلك في التكوين المتواصل وتجديد المعلومات واكتساب التقنيات والمهارات الجديدة، خاصة في الميدان الصحي الذي استفاد كثيرا من التطور التكنولوجي في ميدان العلاج والتشخيص والفحص، وهذا وقد أصدرت وزارة الصحة تعليمة وزارية تحث عمال الصحة لمتابعة هذا النوع من التكوين.<sup>2</sup>

## II. تنظيم مستشفى الجامعي في الجزائر:

تضم المؤسسة الاستشفائية العمومية سلكين للموظفين سلك خاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية، وسلك خاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية.

### 1- أسلاك الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية:

ينظم الممارسون الطبيون العاميون في الصحة العمومية في ثلاثة أسلاك وهي:

- سلك الأطباء العاملين في الصحة العمومية
- سلك الصيادلة العاملين في الصحة العمومية
- سلك جراحي الأسنان العاملين في الصحة العمومية.<sup>3</sup>

### 1-1- سلك الأطباء العاملين في الصحة العمومية: يضم سلك الاطباء العاميين في الصحة العمومية

ثلاث (3) رتب وهي:

- رتبة طبيب عام في الصحة العمومية.
- رتبة طبيب عام رئيسي في الصحة العمومية.
- رتبة طبيب عام رئيس في الصحة العمومية.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - المرسوم التنفيذي رقم 97-467، المادة رقم 4، ص 30.

<sup>2</sup> - ج ج د ش، وزارة الصحة والسكان، التعليمة الوزارية رقم 002، المتعلقة بالتكوين المتواصل لعمال الصحة، المؤرخة في 18 فيفري 1998، ص 1.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 20، ص 10.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 21، ص 10.

أ- رتبة طبيب عام في الصحة العمومية: يقوم الاطباء العامون في الصحة العمومية بضمان، لاسيما المهام الاتية:

- التشخيص والعلاج.
- حماية الأمومة والطفولة.
- الحماية الصحية في الوسطين المدرسي والجامعي.
- الحماية الصحية في الوسطين المدرسي والجامعي.
- الحماية الصحية في الوسطين العمالي والمؤسسات العقابية.
- المراقبة الطبية عند الحدود.
- الوقاية العامة وعلم الأوبئة.
- التربية الصحية.
- إعادة التأهيل وإعادة التربية.
- الاستكشاف الوظيفي والتحليل البيولوجية
- ويساهمون في تكوين مستخدمي الصحة.<sup>1</sup>

ب- الأطباء العامون الرئيسيون: زيادة على المهام المسندة للأطباء العامين في الصحة العمومية، يكلف الأطباء العامون الرئيسيون في الصحة العمومية بما يأتي :

- ضمان تطوير البرامج الوطنية للصحة العمومية.
- المساهمة في إعداد مشاريع المصلحة والمؤسسة.
- ضمان الخبرة الطبية.<sup>2</sup>

ت- الأطباء العامون الرؤساء: زيادة على المهام المسندة للأطباء العامين الرئيسيين في الصحة العمومية، يكلف الاطباء الرؤساء في الصحة العمومية بما يأتي:

- متابعة وتقييم تنفيذ البرامج الوطنية للصحة العمومية.
- المساهمة في تصور وتنمية النشاطات الصحية.<sup>3</sup>

### 2-1- سلك الصيادلة العامين في الصحة العمومية:

يضم سلك الصيادلة العامين في الصحة العمومية ثلاث (3) رتب وهي:

<sup>1</sup>- مرسوم تنفيذي رقم 393-09، المادة رقم 22، ص 10.

<sup>2</sup>- مرسوم تنفيذي رقم 393-09، المادة رقم 23، ص 10.

<sup>3</sup>- مرسوم تنفيذي رقم 393-09، المادة رقم 24، ص 10.



- رتبة صيدلي عام في الصحة العمومية.
- رتبة صيدلي عام رئيسي في الصحة العمومية.
- رتبة صيدلي عام رئيسي في الصحة العمومية.<sup>1</sup>
- أ- **الصيدالة العامون:** يقوم الصيدالة العامون في الصحة العمومية بضمان المهام الآتية:
  - الأبحاث والتحليلات البيولوجية.
  - التحضيرات الصيدلانية.
  - تسيير الموارد الصيدلانية وتوزيعها.
  - التربية الصحية.
  - ويساهمون أيضاً في تكوين مستخدمي الصحة.<sup>2</sup>
- ب- **الصيدالة العامون الرئيسيون:** زيادة على المهام المسندة للصيدالة العامين في الصحة العمومية، يقومون الصيدالة العامون الرئيسيون في الصحة العمومية بضمان الخبرات البيولوجية و التسمية والدوائية.<sup>3</sup>
- ت- **الصيدالة العامون الرئيسيين:** زيادة على المهام المسندة إلى الصيدالة الرئيسيين في الصحة العمومية، يقوم الصيدالة العامون الرؤساء في الصحة العمومية بضمان ما يلي:
  - تأطير البرامج الوطنية للصحة المتعلقة بمجال تخصصهم.
  - إعداد وتقييم خطط العمل السنوية والأنظمة اليقظة بخصوص الأدوية والعتاد الطبي والمواد الكاشفة والدم، وكذا ترقية الدراسات فيما يخص اقتصاد الأدوية وضمان النوعية.<sup>4</sup>

### 3-1- سلك جراحي الأسنان العامين في الصحة العمومية:

يضم سلك جراحي الاسنان العامين في الصحة العمومية ثلاث (3) رتب وهي:

- رتبة جراح أسنان عام في الصحة العمومية.
- رتبة جراح أسنان عام رئيسي في الصحة العمومية.
- رتبة جراح أسنان عام رئيس في الصحة العمومية.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 393-09، المادة رقم 30، ص 11.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 393-09، المادة رقم 31، ص 11.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 393-09، المادة رقم 32، ص 11.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 393-09، المادة رقم 33، ص 11-12.

<sup>5</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 393-09، المادة رقم 39، ص 12.

أ- جراحو الأسنان العامون: يقوم جراحو الأسنان العامون في الصحة العمومية بضمان المهام الآتية:

- التشخيص والعلاج.

- الوقاية.

- الرمامة.

- التربية الصحية للفم والأسنان.

- ويساهمون في تكوين مستخدمي الصحة.<sup>1</sup>

ث- جراحو الأسنان العامون الرئيسيون: زيادة على المهام المسندة إلى جراحي الأسنان العامين

في الصحة العمومية، يقوم جراحو الأسنان العامون الرئيسيون في الصحة العمومية بضمان ما يأتي:

- تطوير البرامج الوطنية لجراحة الأسنان.

- الخبرات المتعلقة بالفم والأسنان.<sup>2</sup>

ج- جراحو الأسنان العامون الرؤساء: زيادة على المهام المسندة إلى جراحي الأسنان العامون

الرئيسيين في الصحة العمومية، جراحو الأسنان في الصحة العمومية بما يأتي:

- متابعة وتقييم البرامج الوطنية للصحة المتعلقة بالفم والأسنان.

- المساهمة في تصور وتطوير الأعمال الصحية في مجال تخصصهم.

- المساهمة في إعداد مشاريع المصلحة والمؤسسة.<sup>3</sup>

جدول رقم (15) يبين رتب أسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية:

الرتب	الاسلاك
طبيب عام	الأطباء العامون في الصحة العمومية
طبيب عام رئيسي	
طبيب عام رئيس	
صيدلي عام	الصيداللة العامون في الصحة العمومية
صيدلي عام رئيسي	
صيدلي عام رئيس	
جراح اسنان عام	جراحو الأسنان العامون في الصحة العمومية
جراح اسنان عام رئيسي	
جراح اسنان عام رئيس	

المصدر: مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 61، ص 15.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 40، ص 12.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 41، ص ص 12-13.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 42، ص 13.

#### 4-1- الأحكام المطبقة على المناصب العليا:

تطبيقاً لأحكام المادة 11 من الأمر رقم 06-03 المؤرخ في جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكورة أعلاه، تحدد قائمة المناصب العليا، بعنوان الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية كما يأتي:

- طبيب رئيس وحدة.
- طبيب منسق.
- صيدلي منسق.
- جراح أسنان رئيس وحدة.
- جراح أسنان منسق.<sup>1</sup>

أ- **طبيب رئيس وحدة:** زيادة على المهام المنصوص عليها في المواد 22 و 23 و 24 من هذا القانون الأساسي الخاص، يكلف الطبيب رئيس وحدة بضمان المسؤولية التقنية والإدارية لسير الوحدة في إطار مجال اختصاصه.<sup>2</sup>

ب- **طبيب منسق:** زيادة على المهام المنصوص عليها في المواد 22 و 23 و 24 من هذا القانون الأساسي الخاص يكلف الطبيب المنسق بما يأتي:

- تنسيق وتنشيط ومراقبة النشاطات الممارسة داخل هياكل الصحة الموضوعة تحت مسؤوليته.
- تنسيق وتقييم نشاطات الكشف والعلاج والتربية الصحية في الوسطين المدرسي والجامعي.<sup>3</sup>

ت- **صيدلي منسق:** زيادة على المهام المنصوص عليها في المواد 31 و 32 و 33 من هذا القانون الأساسي الخاص يكلف الصيدلي المنسق بضمان المسؤولية التقنية للهياكل التابعة لمجال اختصاصه.<sup>4</sup>

ث- **جراح أسنان رئيس وحدة:** زيادة على المهام المنصوص عليها في المواد 40 و 41 و 42 من هذا القانون الأساسي الخاص يكلف جراح الأسنان رئيس وحدة بضمان تنسيق نشاطات جراحي الأسنان رئيس وحدة بضمان تنسيق نشاطات جراحي الأسنان الموضوعين تحت مسؤوليته.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 48، ص 13

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 51، ص 14.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 52، ص 14.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 53، ص 14.

<sup>5</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 09-393، المادة رقم 54، ص 14.

ج- جراح أسنان منسق: زيادة على المهام المنصوص عليها في المواد 40 و 41 و 42 من هذا القانون الأساسي الخاص، يقوم جراح الأسنان المنسق بتنشيط وتنسيق نشاطات جراحة الأسنان لدى جميع الهياكل التابعة للمؤسسة العمومية.

ويكلف جراح الأسنان المنسق في طب الفم والأسنان بتنسيق وتقييم نشاطات الكشف والعلاج والتربية الصحية في الوسطين المدرسي والجامعي.<sup>1</sup>

## 2- أسلاك الممارسين الشبه الطبيين العامين في الصحة العمومية:

يضم أسلاك الممارسين الشبه الطبيين العامين في الصحة العمومية الشعب التالية:

- شعبة العلاج.
- شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكييف.
- الشعبة الطبية التقنية.
- الشعبة الطبية الاجتماعية.
- شعبة التعليم والتفتيش البيداغوجي شبه الطبي.<sup>2</sup>

## 1-2- شعبة العلاج:

تضم شعبة العلاج أربعة (4) أسلاك وهي:

- سلك مساعدي التمريض للصحة العمومية.
- سلك أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية.
- سلك مساعدي جراحي الأسنان للصحة العمومية.
- سلك الممرضين للصحة العمومية.<sup>3</sup>

أ-سلك مساعدي التمريض للصحة العمومية: يضم سلك مساعدي التمريض للصحة العمومية

رتبتين (2):

- رتبة مساعد التمريض للصحة العمومية.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 393-09، المادة رقم 55، ص 14.

<sup>2</sup> - ج ج د ش ، مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 2، ص9.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 20، ص 11.

- رتبة مساعد التمريض رئيسي للصحة العمومية.<sup>1</sup>

أ-1-مساعد تمريض للصحة العمومية: يكلف مساعدو التمريض للصحة العمومية، لاسيما بالنظافة الجسمية للمرضى ومحيطهم وتقديم علاجات التمريض الأساسية والقيام بالمهام المرتبطة بالفندقة وحفظ الصحة الاستشفائية.

ويشاركون في صيانة التجهيزات وترتيب العتاد<sup>2</sup>

أ-2- مساعد تمريض رئيسي للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة لمساعد التمريض للصحة العمومية، لاسيما بملاحظة وجمع المعطيات المتعلقة بالحالة الصحية للمريض وتبليغ الملاحظات كتابياً وشفوياً من أجل ضمان استمرارية العلاج.<sup>3</sup>

ب-سلك أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية: يضم سلك أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية رتبتين (2):

- رتبة عون رعاية الأطفال للصحة العمومية.

- رتبة عون الأطفال الرئيسي للصحة العمومية.<sup>4</sup>

أ-1- عون رعاية الأطفال للصحة العمومية: يكلفون بالنظافة الجسمية للطفل والأم ومحيطها والقيام بعلاجات التمريض الأساسية والمهام المرتبطة بالفندقة وحفظ الصحة الاستشفائية وصيانة وترتيب العتاد.

المشاركة في نشاطات اليقظة والترفيه.<sup>5</sup>

ب-2- عون رعاية الأطفال رئيسي للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة لأعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية، يكلف أعوان رعاية الأطفال الرئيسيون للصحة العمومية، لاسيما بملاحظة وجمع المعطيات المتعلقة بالحالة الصحية للمريض وتبليغ الملاحظات كتابياً وشفوياً من أجل ضمان استمرارية العلاج.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 21، ص 11.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 22، ص 12.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 23، ص 12.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 28، ص 12.

<sup>5</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 29، ص 12.

<sup>6</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 30، ص 12.

ت-سلك مساعدي جراحي الأسنان للصحة العمومية: يضم سلك مساعدي جراحي الأسنان للصحة العمومية رتبتين (2) هما:

- رتبة مساعد جراح الأسنان للصحة العمومية.

- رتبة مساعد جراح الأسنان رئيسي للصحة العمومية.<sup>1</sup>

ت-1- مساعد جراح أسنان للصحة العمومية: يكلف مساعدو جراحي الأسنان للصحة العمومية تحت مسؤولية جراح الأسنان، لاسيما بما يأتي:

- استقبال ووضع المريض وتحضير التجهيزات الطبية وحفظ العناد وترتيبه.

- الاعلام وتقديم النصائح الخاصة بنظافة الفم والأسنان للمرضى في مجال تخصصهم ومتابعة

أشغال الرمامات بالاتصال مع مرممي الأسنان.<sup>2</sup>

ت-2- مساعد جراح الأسنان رئيسي للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة لمساعد

جراحي الأسنان للصحة العمومية، يكلف مساعدو جراحي الأسنان الرئيسيون للصحة العمومية، لاسيما

بملاحظة وجمع المعطيات المتعلقة بالحالة الصحية للمريض وتبليغ الملاحظات كتابياً وشفوياً من أجل

ضمان استمرارية العلاج.<sup>3</sup>

ث-سلك الممرضين للصحة العمومية: يضم سلك الممرضين للصحة العمومية خمس (5) رتب

وهي:

- رتبة ممرض مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال.

- رتبة ممرض حاصل على شهادة دولة.

- رتبة ممرض للصحة العمومية.

- رتبة ممرض مختص للصحة العمومية.

- رتبة ممرض ممتاز للصحة العمومية.<sup>4</sup>

ث-1- ممرض مؤهل: يكلف الممرضون المؤهلون، لاسيما بتنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات

الأساسية ويسهرون على حفظ الصحة والحفاظ على العناد وترتيبه.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 33، ص 13.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 34، ص 13.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 35، ص 13.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 38، ص 13.

<sup>5</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 39، ص 13.

**ث-2- ممرض حاصل على شهادة دولة:** زيادة على المهام المسندة للمرضين المؤهلين، يكلف الممرضون الحاصلون على شهادة دولة بتنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات المتعددة وبهذه الصفة، يكفون لاسيما بما يأتي:

- المشاركة في المراقبة العيادية للمرضى وطرق المداواة المطبقة.
- المشاركة في نشاطات الوقاية في مجال الصحة الفردية والجماعية.<sup>1</sup>

**ث-3- ممرض للصحة العمومية:** يكلف الممرضون للصحة العمومية لاسيما بما يأتي:

- المساهمة في حماية الصحة الجسمية والعقلية للأشخاص واسترجاعها وترقيتها.
- انجاز علاجات التمريض المرتبطة بمهامهم، على أساس وصفة طبية أو بحضور طبيب وبناء على بروتوكولات استعجالية مكتوبة في الحالات الاستعجالية القصوى.
- مراقبة تطور الحالة الصحية للمرضى وتقييمها ومتابعتها.
- القيام بمشروع العلاج وتخطيط النشاطات المرتبطة به ومسك وتحيين الملف العلاجي للمريض.

- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجيا.<sup>2</sup>

**ث-4- ممرض مختص لصحة العمومية:** زيادة على المهام المسندة للممرضين في الصحة العمومية، يكلف الممرضون المختصون للصحة العمومية، حسب تخصصاتهم، لاسيما بما يأتي:

- تنفيذ الوصفات الطبية التي تتطلب تأهيلاً عالياً، لاسيما العلاج المعقد والمتخصص.
- المشاركة في تكوين شبه الطبيين.<sup>3</sup>

**ث-5- ممرض ممتاز:** زيادة على المهام المسندة للممرضين المتخصصين في الصحة العمومية،

يكلف الممرضون الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد بالاتصال مع الفريق الطبي مشروع المصلحة وانجازه.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة نشاطات العلاج وتقييمها.
- مراقبة نوعية وسلامة العلاجات والنشاطات الشبه طبية.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج والنشاطات الشبه طبية.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 40، ص 14.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 41، ص 14.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 42، ص 14.

- استقبال المستخدمين والطلبة والمترشحين المعنيين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>1</sup>

## 2-2- الاحكام المطبقة على شعبة اعادة التأهيل واعادة التكيف:

تتشكل شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكيف من عشرة (10) اسلاك:

- سلك المتخصصين في التغذية للصحة العمومية.
  - سلك المداوين بالعمل للصحة العمومية.
  - سلك مرممي الأسنان للصحة العمومية.
  - سلم مقومي الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية.
  - سلك المختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية.
  - سلك البصاراتيين النظاراتيين للصحة العمومية.
  - سلك مقومي البصر للصحة العمومية.
  - سلك مقومي الحركة النفسية للصحة العمومية.
  - سلك مطببي الأرجل للصحة العمومية.
  - سلك مقومي السمع للصحة العمومية.<sup>2</sup>
- أ- **المختصين في التغذية للصحة العمومية:** يضم مختص في التغذية للصحة العمومية خمس (5) رتب:

- رتبة مختص في التغذية مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال.
- رتبة مختص في التغذية حاصل على شهادة دولة.
- رتبة مختص في التغذية للصحة العمومية.
- رتبة مختص في التغذية متخصص للصحة العمومية
- رتبة مختص في التغذية ممتاز للصحة العمومية<sup>3</sup>

أ- **1- مختص في التغذية مؤهل:** يكلف المختصون في التغذية المؤهلون بمساعدة المختصين في

التغذية للصحة العمومية والمختصين في التغذية والمختصين في التغذية المتخصصين في تنفيذ

مهامهم<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 43، ص 14.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 51، ص 15.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 52، ص 15.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 53، ص 15.



أ- 2- مختص في التغذية حاصل على شهادة دولة: زيادة على المهام المسندة للمختصين في التغذية المؤهلين، يكلف المختصون في التغذية الحاصلون على شهادة دولة طبقاً للوصفة الطبية بتنظيم وتقديم الاستشارة بشأن الأنظمة الغذائية للتصحيح والاصلاح وحفظ الصحة.

ويساهمون في التربية الغذائية للمواطنين والوقاية من أمراض التغذية.<sup>1</sup>

أ- 3- مختص في التغذية لصحة العمومية: يكلف المختصون في التغذية للصحة العمومية، طبقاً للوصفة لاسيما بما يأتي:

- المشاركة في ترقية تطبيق أنظمة غذائية خلال الممارسة اليومية وتطويرها ودمجها وتثمينها.  
- القيام بتشخيص غذائي وتحديد أهداف غذائية للمريض وإعداد وجبات متوازنة وصحية قصد تسوية حالته الغذائية.

- المشاركة في تقييم مستوى الخطر الغذائي لشخص أو جماعة.

- تبليغ المعلومات المكتوبة لضمان تتبع ومتابعة المسعى الغذائي.

- استقبال الطلبة والمتريصين ومتابعتهم بيداغوجيا المادة.<sup>2</sup>

أ-4- مختص في التغذية متخصص للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للمختصين في التغذية للصحة العمومية، يكلف المختصون في التغذية المتخصصون للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية لاسيما بما يأتي:

- تسيير كل مراحل السلسلة الغذائية.

- المشاركة في إعداد ووضع مشروع الوقاية في التربية من أجل الصحة.

- تنفيذ التدابير في مجال التغذية مع الأخذ بعين الاعتبار أهداف المواطنين وأولوياتهم في مجال التغذية.

- السهر على تطبيق التنظيم الجاري بع العمل في مجال الاطعام الجماعي.

- تقديم الاستشارة في مجال التغذية.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 54، ص 15.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 55، ص 16.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 56، ص 16.

أ-5- مختص في التغذية ممتاز للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للمختصين في التغذية المتخصصين للصحة العمومية، يكلف المختصون في التغذية الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وانجازه.
  - برمجة نشاطات فريق الوحدة.
  - ضمان متابعة نشاطات التغذية وتقييمها.
  - ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بنشاطات التغذية.
  - استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعنيين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>1</sup>
- ب- سلك المداويين بالعمل للصحة العمومية: يضم سلك المداويين بالعمل للصحة العمومية ثلاث (3) رتب:

- رتبة مداوي بالعمل متخصص للصحة العمومية.
  - رتبة مداوي بالعمل متخصص للصحة العمومية.
  - رتبة مداوي بالعمل ممتاز للصحة العمومية.<sup>2</sup>
- ب-1- مداوي بالعمل للصحة العمومية: يكلف المداويين بالعمل للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:
- المشاركة في إعداد حصيلة القدرات الوظيفية وجمع المعطيات العيادية والوبائية.
  - تحقيق النشاطات الوقائية والعلاجية ومرافقتها في المجالات البدنية والإدراكية والحسية والنفسية وكذا العلاقات داخل المؤسسة أو في الحياة اليومية.
  - تهيئة المحيط من أجل الاستعمال الأمثل للقوامات والمعدات والأجهزة المساعدة التقنية.
  - مسك ملف المريض في مجال التداوي بالعمل وتعيينه.
  - استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجياً.<sup>3</sup>

ب-2- مداوي بالعمل متخصص للصحة العمومية: زيادة على مهام المسندة للمداويين بالعمل للصحة العمومية، يكلف المداويين بالعمل المتخصصون للصحة العمومية لاسيما بتنفيذ الأعمال

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 57، ص 16.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 65، ص 17.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 66، ص 17.

والصفات الطبية التي تتطلب تأهيلاً نوعياً، لاسيما في مجال تقييم العجز والقدرات والأداء الحركي والشعوري والحسي والادراكي والعقلي والنفساني للمريض.<sup>1</sup>

ب-3- مداوي بالعمل ممتاز للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للمداوين بالعمل المتخصصين للصحة العمومية، يكلف المداوون بالعمل الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد بالاتصال مع الفريق الطبي مشروع المصلحة وانجازه.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة النشاطات المتعلقة بالمداواة بالعمل وتقييمها.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بنشاطات التداوي بالعمل.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمترشحين المعيّنين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم المادة.<sup>2</sup>
- ت- سلك مرممي الأسنان للصحة العمومية: يضم سلك مرممي الأسنان للصحة العمومية خمس (5) رتب:

- رتبة مرمم الأسنان مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال.
- رتبة مرمم الأسنان حاصل على شهادة دولة.
- رتبة مرمم الأسنان للصحة العمومية.
- رتبة مرمم الأسنان متخصص للصحة العمومية.
- رتبة مرمم الأسنان ممتاز للصحة العمومية.<sup>3</sup>
- ت-1- مرمم الأسنان مؤهل: يكلف مرممو الأسنان المؤهلين بتصميم وإنجاز رمامات الأسنان البسيطة والعادية طبقاً لوصفة جراح الأسنان.<sup>4</sup>
- ت-2- مرمم أسنان حاصل على شهادة دولة: زيادة على المهام المسندة لمرممي الأسنان المؤهلين يكلف مرممو الأسنان الحاصلون على شهادة دولة بإنجاز الرمامات المتحركة والثابتة وأجهزة تقويم الأسنان.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11-121

المادة رقم 67، ص 17.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11-121، المادة رقم 68، ص 17.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11-121، المادة رقم 74، ص 18.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11-121، المادة رقم 75، ص 18.

<sup>5</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11-121، المادة رقم 76، ص 18.

ت-3- مرمم أسنان للصحة العمومية: يكلف مرممو الأسنان للصحة العمومية طبقاً لوصفة جراح الأسنان لاسيما بما يأتي:

- تصميم أجهزة الرمامة وتعديلها وتصليحها.
- انجاز رمامات قابلة للعزل مساعدة ورمامات متلاحمة ثابتة وأجهزة تقويم الأسنان.
- تصميم رمامات متلاحمة ذات عناصر متكاملة تعتمد على الخزف والمادة الخليطة والمعدنية العادية أو المخرطة وانجازها.

- تبليغ المعلومات المكتوبة لضمان تتبع ومتابعة المريض.
- استقبال الطلبة والمترشحين ومتابعتهم بيداغوجياً<sup>1</sup>.

ت-4- مرمم الأسنان مختص للصحة العمومية: زيادة على مهام المسندة لمرممي الأسنان للصحة العمومية، يكلف مرممو الأسنان المتخصصون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- انجاز رمامات وأجهزة تتطلب مؤهلات خاصة.
  - متابعة المريض قصد تقديم التصحيحات حسب وصفة جراح الأسنان<sup>2</sup>.
- ت-5- مرمم أسنان ممتاز للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة لمرممي الأسنان المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مرممو الأسنان الممتازون للصحة العمومية لاسيما بما يأتي:

- اعداد بالاتصال مع الفريق الطبي مشروع المصلحة وانجازه.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة نشاطات الرمامة وتقييمها.
- ضمان تسيير المعلومات المتعلقة بالعلاجات وبنشاطات الرمامة.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمترشحين المعيّنين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم<sup>3</sup>.

ث- مقومي الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية: يضم سلك مقومي الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية ثلاث (3) رتب:

- رتبة مقوم الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية.
- رتبة مقوم الأعضاء الاصطناعية متخصص للصحة العمومية.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 76، ص 18.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 77، ص 18.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 78، ص 18.

- رتبة مقوم الأعضاء الاصطناعية ممتاز للصحة العمومية.<sup>1</sup>
- ث-1- مقوم الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية: يكلف مقومو الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:
  - انجاز المقومات للمريض.
  - المشاركة في انجاز الحصائل قصد تقييم أسباب التشوهات وامتداد واثار الجرح او المرض او الاعاقة.
  - انجاز الوسائل الطبية التقنية في إطار إعادة التأهيل البدني الحركي.
  - انجاز القوامات والرمامات أو أي تقنية لتقويم عضو اصطناعي لتعويض وظيفة وضمان تكيفها.
  - تصميم المشدات قبل وبعد الجراحة وانجازها.
  - تبليغ المعلومات المكتوبة لضمان تتبع ومتابعة المريض.
  - استقبال الطلبة والمترشحين ومتابعتهم بيداغوجيا.<sup>2</sup>
- ث-2- مقوم الأعضاء الاصطناعية متخصص للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة لمقومي الأعضاء الاصطناعية للصحة العمومية، يكلف مقومو الأعضاء الاصطناعية المتخصصون للصحة العمومية لاسيما بما يأتي:
  - تصميم الرمامات والقوامات والمشدات وصناعتها.
  - تنظيم عمل مقومي الاعضاء الاصطناعية وبرمجته ومراقبته.
  - السهر على الاستعمال العقلاني للوسائل وصيانة العتاد المادة.<sup>3</sup>
- ث-3- مقوم الأعضاء الاصطناعية ممتاز للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة لمقومي الأعضاء الاصطناعية المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مقومو الأعضاء الاصطناعية الممتازون للصحة العمومية لاسيما بما يأتي:
  - اعداد بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وانجازه.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 87، ص 19.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 88، ص 20.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 89، ص 20.

- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة نشاطات تقويم الأعضاء الاصطناعية وتقييمها.
- ضمان تسيير المعلومات المتعلقة بنشاطات تقويم الأعضاء الاصطناعية.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمترشحين المعنين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>1</sup>
- ج- **المختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية:** يضم سلك المختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية خمس (5) رتب:
  - رتبة مُدلك طبي مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال.
  - رتبة مُدلك طبي حاصل على شهادة دولة.
  - رتبة مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية.
  - رتبة مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية.
  - رتبة مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي ممتاز للصحة العمومية.<sup>2</sup>
- ج -1- **مُدلك طبي مؤهل:** يكف المدلكون الطبيون المؤهلون بمساعدة المختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي على تطبيق الوصفة الطبية الخاصة بالتأهيل وإعادة التكيف الوظيفي.<sup>3</sup>
- ج -2- **مدلك طبي حاصل على شهادة دولة:** زيادة على المهام المسندة للمدلكين الطبيين المؤهلين يكلف الطبيون الحاصلون على شهادة دولة بتطبيق الوصفات الطبية. وبهذه الصفة يطبقون حركات التدليل العلاجي والعلاج الحركي والعلاج بالمياه المعدنية والعلاج الفيزيائي.<sup>4</sup>
- ج -3- **مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية:** يكلف المختصون في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية لاسيما بما يأتي:
  - جمع المعطيات العيادية والقيام بحصيلة عن العلاج الطبيعي والفيزيائي.
  - تحديد أهداف برنامج العلاج وتحديد علاجات إعادة التأهيل وإعادة التكيف الواجب تنفيذها.
  - انجاز تقنيات العلاج الطبيعي والفيزيائي.
  - إعلام وإرشاد المريض ومحيطه.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 90، ص 20.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 96، ص 21.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 97، ص 21.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 98، ص 21.

- مسك وتحيين ملف المريض في العلاج الطبيعي والفيزيائي مع اعداد بطاقة تلخيص.
- تبليغ المعلومات المكتوبة لضمان تتبع ومتابعة العلاج.
- استقبال الطلبة والمترشحين ومتابعتهم بيداغوجيا.<sup>1</sup>
- ج-4- **متخصص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية:** زيادة على المهام المسندة للمختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية، يكلف المختصون في العلاج الطبيعي والفيزيائي المختصون للصحة العمومية، طبقاً للوصفة الطبية لاسيما بما يأتي:
  - تطبيق تقنيات إعادة التأهيل الملائمة للمرضى والأمراض.
  - وضع وتنفيذ برنامج للتدخل الاستعجالي في الميدان.<sup>2</sup>
- ج-5- **مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي ممتاز للصحة العمومية:** زيادة على المهام المسندة للمختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية، يُكلف المختصون في العلاج الطبيعي والفيزيائي الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:
  - إعداد وانجاز بالاتصال مع الفريق الطبي مشروع المصلحة.
  - برمجة نشاطات فريق الوحدة.
  - ضمان متابعة نشاطات العلاج الطبيعي والفيزيائي وتقييمها.
  - ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج ونشاطات العلاج الطبيعي والفيزيائي.
  - استقبال وتنظيم تأطير المستخدمين والطلبة والمترشحين المعنيين في المصلحة.<sup>3</sup>
- ح- **البصاراتين النظاراتين للصحة العمومية:** يضم سلك البصاراتين النظاراتيين للصحة العمومية خمس (5) رتب:

- رتبة بصاراتي نظاراتي مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال.
- رتبة بصاراتي نظاراتي حاصل على شهادة دولة.
- رتبة بصاراتي نظاراتي للصحة العمومية.
- رتبة بصاراتي نظاراتي متخصص للصحة العمومية.
- رتبة بصاراتي نظاراتي ممتاز للصحة العمومية.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 99، ص 21.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 100، ص 21.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 101، ص 21.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 109، ص 22.

ح - 1- بصارتي نظارتي مؤهل: يكلف البصاراتيون النظاراتيون المؤهلون بضمان تنفيذ كل الوصفات الطبية او التصحيحات البصرية وانجازها.<sup>1</sup>

ح - 2- بصارتي نظارتي حاصل على شهادة دولة: زيادة على المهام المسندة للبصاراتيين النظاراتيين المؤهلين، يكلف البصاراتيون النظاراتيون الحاصلون على شهادة دولة لاسيما بما يأتي:

- انجاز كل وصفة طبية خاصة بالتصحيحات البصرية وتنفيذها.
- تقديم عدسات لاصقة وضمان وضعها حسب الوصفات الطبية.
- تكييف القرصيات الاصطناعية.<sup>2</sup>

ح - 3- بصارتي نظارتي للصحة العمومية: يكلف البصاراتيون النظاراتيون للصحة العمومية لاسيما بما يأتي:

- انجاز وتكييف الأدوات الموجهة لتصحيح الاختلافات أو قصور البصر على أساس وصفة طبية.
- تقديم الاستشارات لمستعملي المواد في مجال البصاريات والنظارات.
- تحديد التجهيزات لمستعملي المواد في مجال البصاريات والنظارات.
- تحديد التجهيزات الملائمة للبصاريات والنظارات.
- تسيير العتاد الموضوع تحت تصرفهم.
- تسيير المخزونات.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتم بيداغوجيا.<sup>3</sup>

ح - 4- بصارتي نظارتي متخصص للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للبصاراتيين النظاراتيين للصحة العمومية، يكلف البصاراتيون النظاراتيون المتخصصون للصحة العمومية، لاسيما بالمساهمة في تنفيذ الوصفة الطبية في مجال تشخيص شواش البصر وتحديد العدسات المصححة الملائمة وتنفيذ المناهج الجديدة لعلم البصريات في اطار نشاطات الصحة العمومية.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 110، ص 22.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 111، ص 22.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 112، ص 23.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 113، ص 23.



ح - 5- بصارتي نظارتي ممتاز للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للبصاراتين النظاراتين المتخصصين للصحة العمومية، يكلف البصاراتيون النظاراتيون الممتازون للصحة العمومية لاسيما بما يأتي:

- اعداد وانجاز، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة نشاطات البصاريات والنظارات وتقييمها.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاجات ونشاطات البصاريات والنظارات.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمترشحين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>1</sup>
- خ- سلك مقومي البصر للصحة العمومية: يضم سلك مقومي البصر للصحة العمومية ثلاث (3)

رتب:

- رتبة مقوم البصر للصحة العمومية.
- رتبة مقوم البصر مختص للصحة العمومية.
- رتبة مقوم البصر ممتاز للصحة العمومية.<sup>2</sup>
- خ - 1- مقوم البصر للصحة العمومية: يكلف مقومو البصر للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية لاسيما بما يأتي:

- القيام بفحص المريض وتحديد امكانيات اعادة تأهيله باستعمال التقنيات الملائمة.
- القيام بإعادة التأهيل الخاص بالغطش والحوّل بممارسة تمارين بصرية ملائمة لكل مريض.
- ضمان متابعة العلاج.
- مسك وتحيين الملف الخاص بتقويم البصر للمريض.
- استقبال الطلبة والمترشحين ومتابعتهم بيداغوجياً.<sup>3</sup>

خ - 2- مقوم البصر مختص للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة لمقومي البصر للصحة العمومية، يكلف مقومو البصر المتخصصون للصحة العمومية، يكلف مقومو البصر المتخصصون

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 114، ص 23.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 121، ص 24.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 122، ص 24.

للصحة العمومية ،طبقا للوصفة الطبية ،لاسيما بالتكفل بإعادة تأهيل المرضى المصابين بأنواع النثل المرتبطة بالسن او الجانبية لمشكل قصر البصر الحاد والمرضى الذين يعانون من اصابات الشبكية.<sup>1</sup>

خ-3- **مقوم البصر ممتاز للصحة العمومية:** زيادة على المهام المسندة لمقومي البصر المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مقومو البصر المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مقومو البصر الممتازون للصحة العمومية لاسيما بما يأتي:

- اعداد وانجاز بالاتصال مع الفريق الطبي مشروع المصلحة.
- برمجة نشاطات تقويم البصر وتقييمها.
- ضمان تسيير المعلومات المتعلقة بالعلاج ونشاطات تقويم البصر.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتريصين المعنيين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>2</sup>
- د- **مقومي الحركة النفسية للصحة العمومية:** يضم سلك مقومي الحركة النفسية للصحة العمومية ثلاث:

- رتبة مقوم الحركة النفسية للصحة العمومية.
  - رتبة مقوم الحركة النفسية متخصص للصحة العمومية.
  - رتبة مقوم الحركة النفسية ممتاز للصحة العمومية.<sup>3</sup>
- د-1- **مقوم الحركة النفسية للصحة العمومية:** يكلف مقومو الحركة النفسية للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية لاسيما بما يأتي:

- التنظيم والقيام بعلاجات ونشاطات التأهيل والاثارة الحسية لدى شخص يعاني من اضطرابات حركية عصبية وحركية نفسية.
- تأهيل الوظائف الحركية النفسية لدى الاشخاص الذين يعانون من صعوبات نفسية ومعالجة اضطرابات الحركة والاشارة.
- المشاركة في المبادرة بالمشروع العلاجي للمريض وتنفيذه وتحيينه.
- اعلام المريض ومحيطه وتربيتها والتواصل معها.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 123، ص 24.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 124، ص 24.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 130، ص 25.

- مسك وتحيين ملف المريض.
- استقبال الطلبة والمتريصين ومتابعتهم بيداغوجياً.<sup>1</sup>
- د-2- **مقوم الحركة النفسية متخصص للصحة العمومية:** زيادة على المهام المسندة لمقومي الحركة النفسية للصحة العمومية، يكلف مقومو الحركة النفسية للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية، لاسيما بالمساهمة بتقنيات تخص الجسد في علاج القصور العقلي واضطرابات المزاج أو الشخصية، واضطرابات العواطف والعلاقات واضطرابات التحديد الجسدي ذات السبب النفسي أو الجسدي.<sup>2</sup>
- د-3- **مقوم الحركة النفسية ممتاز للصحة العمومية:** زيادة على المهام المسندة لمقومي الحركة النفسية المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مقومو الحركة النفسية الممتازون للصحة العمومية لاسيما بما يأتي:

- إعداد وإنجاز بالاتصال مع الفريق الطبي مشروع المصلحة.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- القيام بمتابعة النشاطات الخاصة بالحركة النفسية وتقييمها.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج والنشاطات الخاصة بالحركة النفسية.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتريصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>3</sup>
- ذ- **سلك مطببي الارجل للصحة العمومية:** يضم مطبب القدم للصحة العمومية ثلاث (3) رتب:
- رتبة مطبب القدم للصحة العمومية.
- رتبة مطبب القدم متخصص للصحة العمومية.
- رتبة مطبب القدم ممتاز للصحة العمومية.<sup>4</sup>
- ذ-1- **رتبة مطبب القدم للصحة العمومية:** يكلف مطببو القدم للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- جمع المعطيات المتعلقة بالمريض في إطار الفحص العيادي.
- إنجاز أهداف العلاج والبرامج المعالجة.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 131، ص 25.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 132، ص 25.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 133، ص 25.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 137، ص 26.

- وضع الأدوية ذات الاستعمال الخارجي.
- القيام بإعادة التأهيل بواسطة أعمال تطبيب القدم.
- إعلام الشخص ومحيطه وتربيتها والتواصل معهما.
- مسك وتحيين ملف المريض في مجال تطبيب القدم.
- استقبال الطلبة والمتريصين ومتابعتهم بيداغوجيا.<sup>1</sup>

ذ-2- **مطبب القدم متخصص للصحة العمومية:** زيادة على المهام المسندة لمطربي القدم للصحة العمومية، يكلف مطببو القدم المتخصصون للصحة العمومية طبقا للوصفة الطبية، لاسيما بما يأتي:

- المساهمة في وضع وسائل الكشف للمصابين بأمراض تتطوي على خطر تقرح القدم.
- القيام بعلاج القدم المصاب بتعفن وضممان التريبة العلاجية للمريض.<sup>2</sup>

ذ-3- **مطبب القدم ممتاز للصحة العمومية:** زيادة على المهام المسندة لمطربي القدم المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مطببو القدم الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد وإنجاز، بالاتصال مع الفريق الطبي مشروع المصلحة.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة النشاطات الخاصة بتطبيب القدم وتقييمها.
- ضمان تسيير المعلومة الخاصة بالعلاج ونشاطات تطبيب القدم.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتريصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>3</sup>
- ر- **سلك مقومي السمع للصحة العمومية:** يضم سلك مقومي السمع للصحة العمومية ثلاث (3)

رتب:

- رتبة مقوم السمع للصحة العمومية.
- رتبة مقوم السمع متخصص للصحة العمومية.
- رتبة مقوم السمع ممتاز للصحة العمومية.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 138، ص 26.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 139، ص 26.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 140، ص 26.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 144، ص ص 26-27.

ر-1- **مقوم السمع للصحة:** يكلف مقومو السمع للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية، لا سيما بما يأتي:

- إنجاز وتقديم المساعدة سمعية للأشخاص ذوي قصور سمعي.
- وضع الرمامات السمعية ومراقبة فعالية الأجهزة وضمان المتابعة التقنية.
- تقديم الاستشارة والتربية في جمال الرمامة للمصابين بالقصور السمعي والمشاركة في نشاطات الكشف والتحسيس بالاتصال مع المتدخلين الآخرين لا سيما في مجال الطب العمل.
- استقبال الطلبة والمترشحين ومتابعتهم بيداغوجياً.<sup>1</sup>

ر-2- **مقوم السمع متخصص للصحة العمومية:** زيادة على المهام المسندة لمقومي السمع للصحة العمومية يكلف مقومو السمع المتخصصون للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية، لا سيما بما يأتي:

- المشاركة في التكفل بالطفل والبالغ الذي يحتاج وضع مقومة السمع.
- التكفل بالتقويم السمعي للمريض المصاب بالطنين.<sup>2</sup>

ر-3- **مقوم السمع ممتاز للصحة العمومية:** زيادة على المهام المسندة إلى مقومي السمع المتخصصين للصحة العمومية، يكلف مقومو السمع الممتازون للصحة العمومية، لا سيما بما يأتي:

- إعداد وانجاز، بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع الصحة.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة النشاطات بتقويم السمع وتقييمها.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج ونشاطات تقويم السمع.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمترشحين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>3</sup>

3-2- **الأحكام المطبقة على الشعبة الطبية التقنية:** تضم الشعبة الطبية التقنية أربعة أسلاك

وهي:

- سلك مشغلي أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية.
- سلك المخبريين للصحة العمومية.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 145، ص27.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 151، ص27.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 11، المادة رقم 147، ص27.

- سلك المحضرين في الصيدلة للصحة العمومية.
- سلك المختصين في حفظ الصحة للصحة العمومية.<sup>1</sup>
- أ- سلك مشغلي أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية: يضم سلك أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية خمس (5) رتب:
  - مشغل أجهزة تصوير مؤهل.
  - مشغل أجهزة تصوير حاصل على شهادة دولة.
  - مشغل أجهزة التصوير الطبي المتخصص للصحة العمومية.
  - مشغل أجهزة التصوير الطبي المتخصص للصحة العمومية.
  - مشغل أجهزة التصوير الطبي ممتاز للصحة العمومية.
- أ-1- مشغل أجهزة تصوير مؤهل: يكلف مشغلو أجهزة الأشعة المؤهلون طبقاً للوصفة بضمان الفحوص بالأشعة الجارية ويتولون استقبال المرضى وتحضيرهم.<sup>2</sup>
- أ-2- مشغل أجهزة تصوير حاصل على شهادة دولة: زيادة على المهام المسندة الى مشغلي أجهزة الأشعة المؤهلين، يكلف مشغلو الأشعة الحاصلون على شهادة دولة بالقيام طبقاً للوصفة بالفحوص بالأشعة الكهربائية بما في ذلك الفحوص المتخصصة والقيام بتحريض صور الأشعة.<sup>3</sup>
- أ-3- مشغل أجهزة التصوير الطبي المتخصص للصحة العمومية: يكلف مشغلو أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية لاسيما بما يأتي:
  - استقبال المريض وإعلامه وتحضيره.
  - تحضير المواد العلاجية والتشخيصية وحقنها للمريض.
  - تحضير العلاجات باستخدام الأشعة الايونية وانجازها.
  - تقديم المساعدة التقنية للممارس الطبي.
  - استقبال الطلبة والمترشحين ومتابعتهم بيداغوجياً.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 152، ص27.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 153، ص27.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 154، ص28.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 155، ص28.

أ-4- مشغل أجهزة التصوير الطبي المتخصص للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة إلى مشغلي أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية يكلف مشغلو أجهزة التصوير الطبي المتخصصون للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية، في إطار التكفل بالوقاية من الأمراض السرطنة ومعالجتها لاسيما بما يأتي:

- ممارسة الفحوص التي تتطلب كفاءة عالية.
- تنفيذ وصفات الممارسين المتخصصين.
- تطبيق قواعد الحماية الاشعاعية وتسيير الاخطار.<sup>1</sup>

أ-5- مشغل أجهزة التصوير الطبي ممتاز للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة إلى مشغلي أجهزة التصوير الطبي المتخصصين للصحة العمومية يكلف مشغلو أجهزة التصوير الطبي الممتازون للصحة بما يأتي:

- إعداد بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وانجازه.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة نشاطات التصوير الطبي وتقييمها.
- مراقبة نوعية وسلامة نشاطات التصوير الطبي.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بنشاطات التصوير الطبي.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتريصين المعنيين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>2</sup>
- ب- سلك المخبرين للصحة العمومية: يضم سلك المخبرين للصحة العمومية خمس (5) رتب:
  - رتبة مخبري مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال.
  - رتبة مخبري حاصل على شهادة دولة.
  - رتبة مخبري للصحة العمومية.
  - رتبة مخبري متخصص للصحة العمومية.
  - رتبة مخبري ممتاز للصحة العمومية<sup>3</sup>

<sup>1</sup>-مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 156، ص28.

<sup>2</sup>- مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 157، ص27.

<sup>3</sup>- مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 165، ص29

ب-1- رتبة مخبري مؤهل وهي رتبة في طريق الزوال: يكلف المخبريون المؤهلون طبقاً للوصفة الطبية بما يأتي:

- استقبال المريض وضمان الفحوصات المخبرية الجارية.
- السهر على المحافظة على العتاد وتعقيمه وصيانته وترتيبه<sup>1</sup>.

ب-2- رتبة مخبري حاصل على شهادة دولة: زيادة على المهام المسندة الى المخبريين المؤهلين، يكلف المخبرون الحاصلون على شهادة دولة طبقاً للوصفة الطبية بإنجاز التحاليل والسهر على حفظ العينات المسلمة لهم<sup>2</sup>.

ب-3- رتبة مخبري للصحة العمومية: يكلف المخبريون للصحة العمومية طبقاً للوصفة الطبية، لا سيما بما يأتي:

- تلقي العينات والتصديق عليها ومراقبة مطابقتها وفق قواعد الممارسة الحسنة وتسجيل طلبات الفحوص البيولوجية.
- انجاز ومعالجة العينات البيولوجية وتطبيق تقنيات التحاليل مع السهر على تدابير ضمان الجودة.
- ضمان تتبع التحاليل.
- تنفيذ تدابير القضاء على النفايات وضمان الصيانة الجارية للعتاد.
- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجياً<sup>3</sup>

ب-4- رتبة مخبري متخصص للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة إلى مخبري الصحة العمومية، يكلف المخبريون الطبية، لاسيما بما يأتي:

- ضمان تلقي مختلف العينات ومعالجتها.
- تحضير نماذج من العينات وتحليل البسيط والمقاطع.
- كشف الخلايا العادية أو غير العادية وبعض الأجسام المجهرية.
- تحرير عروض الحال التي تعرض على الممارس الطبي للمصادقة عليها.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 166، ص 29

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 167، ص 29

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 168، ص 29



- ضمان السير الحسن للأجهزة والحفاظ عليها<sup>1</sup>
- ب-5- رتبة مخبري ممتاز لصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة الى المخبريين المتخصصين للصحة العمومية، يكلف المخبريون الممتازون للصحة العمومية ،لاسيما بما يأتي:
  - إعداد بالاتصال مع الفريق الطبي مشروع المصلحة وانجازه.
  - برمجة نشاطات فريق الوحدة.
  - ضمان متابعة النشاطات المخبرية وسلامتها.
  - ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالنشاطات المخبرية.
  - استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>2</sup>
- ت- سلك المحضرين في الصيدلية للصحة العمومية: يضم سلك المحضرين في الصيدلة للصحة العمومية خمس رتب وهي:
  - رتبة محضر في الصيدلية مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال.
  - رتبة محضر في الصيدلة حاصل على شهادة دولة.
  - رتبة محضر في الصيدلة للصحة العمومية.
  - رتبة محضر في الصيدلة متخصص للصحة العمومية.
  - رتبة محضر في الصيدلة ممتاز للصحة العمومية.<sup>3</sup>
- ت-1- رتبة محضر في الصيدلية مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال: يُكلف المحضرون في الصيدلة المؤهلون تحت سلطة المسؤول السلمي بإنجاز مستحضرات صيدلانية وتولي توزيع الأدوية للمصالح التي يطلبها الممارسون الطبيون.<sup>4</sup>
- ت-2- رتبة محضر في الصيدلة حاصل على شهادة دولة: زيادة على المهام المسندة إلى المحضرين في الصيدلة المؤهلون، يُكلف المحضرون في الصيدلة الحاصلون على شهادة دولة تحت سلطة المسؤول السلمي بالسهر على حفظ المنتجات الصيدلانية والمستلزمات الطبية المعهدة اليهم وتوزيعها.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 169، ص 30

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 170، ص 30.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 178، ص 31.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 179، ص 31.

<sup>5</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 180، ص 31.

ت-3- رتبة محضر في الصيدلة للصحة العمومية: يُكلف المحضرون في الصيدلة للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- تخضير الأدوية والمستلزمات الطبية المعقدة وتوضيحها وتسليمها.
- تحضير وانجاز مستحضرات جالينوسية في محيط محمي أو مراقب.
- ضمان صيانة المنشآت التقنية الخاصة بالصيدلة وتنفيذ اجراء القضاء على النفايات.
- استقبال الطلبة والمتريصين ومتابعتهم بيداغوجياً.<sup>1</sup>

ت-4- رتبة محضر في الصيدلة متخصص للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة إلى المحضرين في الصيدلة للصحة العمومية، يُكلف المحضرون في الصيدلة المتخصصون للصحة العمومية، تحت سلطة المسؤول السلمي لاسيما بما يأتي:

- تشكيل ومراقبة التخصيصات الموجهة للمصالح مع احترام قواعد حيازة الأدوية والمستلزمات الطبية المعقدة وحفظها وتوزيعها.
- تسيير المخزونات، لاسيما في مجال الجرد والتموين والمراقبة وتتبع المنتج.
- ضمان تتبع الأدوية والمؤثرات العقلية ومشتقات الدم والمستلزمات والرمامات<sup>2</sup>

ت-5- رتبة محضر في الصيدلة ممتاز للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للمحضرين في الصيدلة المتخصصين للصحة العمومية، يُكلف المحضرون في الصيدلة الممتازون للصحة العمومية لاسيما بما يأتي:

- إعداد بالاتصال مع الفريق الطبي مشروع المصلحة وانجازه.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة النشاطات الصيدلانية وتقييمها.
- مراقبة نوعية وسلامة النشاطات الصيدلانية.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالنشاطات الصيدلانية.
- استقبال المستخدمين والطلبة المتريصين المعنيين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 181، ص 31.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 182، ص 31.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 183، ص 31.

ث- **سلك المختصين في حفظ الصحة للصحة العمومية:** يضم سلك المختصين في حفظ الصحة للصحة العمومية خمس رتب:

- رتبة عون تطهير مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال.
- رتبة عون تطهير حاصل على شهادة دولة.
- رتبة مختص في حفظ الصحة للصحة العمومية.
- رتبة مختص في حفظ الصحة متخصص للصحة العمومية.
- رتبة مختص في حفظ الصحة ممتاز للصحة العمومية<sup>1</sup>

ث-1- **رتبة عون تطهير مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال:** يكلف أعوان التطهير المؤهلون تحت سلطة المسؤول السلمي بالمشاركة في تحديد مصادر الاضرار الجسدية و العيادية والبيولوجية ومراقبتها، ويشركون في تنظيم وتنسيق نشاطات التطهير عند حدوث حالات وبائية أو كارثة طبيعية.<sup>2</sup>

ث-2- **رتبة عون تطهير حاصل على شهادة دولة:** زيادة على المهام المسندة لأعوان التطهير المؤهلين، يُكلف أعوان التطهير الحاصلون على شهادة دولة تحت سلطة المسؤول السلمي بضمان نشاطات مكافحة نواقل الجراثيم المسببة للأمراض المتقلة وتطهير البيئة وحفظ الصحة العمومية<sup>3</sup>

ث-3- **رتبة مختص في حفظ الصحة للصحة العمومية:** يُكلف المختصون في حفظ الصحة للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- تصميم التدابير الوقائية والشفائية التي تهدف إلى حماية صحة السكان من الأخطار المرتبطة بالمحيط والبيئة وتنفيذها.
- المشاركة في المراقبة المتعلقة بقواعد حفظ الصحة والتحقيقات الوبائية والمراقبة الصحية للمحيط وفي نشاطات الوقاية والتربية الصحية.
- المشاركة في إعلام المواطنين بشأن التنظيم الصحي والمشاركة في إعداد وثائق ملخصة بخصوص النوعية الصحية للمحيط.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 191، ص 32

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 192، ص 32

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 193، ص 32

- استقبال الطلبة والمتريصين ومتابعتهم بيداغوجيا.<sup>1</sup>

ث-4- رتبة مختص في حفظ الصحة متخصص للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للمختصين في حفظ الصحة للصحة العمومية، يكلف المختصون في حفظ الصحة للصحة العمومية المتخصصون تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- الكشف عن حالات خطر انتقال الأمراض الرئيسية الطفيلية والفيروسية والجرثومية.
- تحديد مفصليات الأطراف والحشرات الناقلة للجراثيم الرئيسية المعنية بالمجال الطبي والبيطري وتحديد الأمراض المتنقلة المرتبطة بها.
- تحديد مناهج مكافحة مناسبة لنواقل الجراثيم وتنفيذها.
- المشاركة في أعمال الوقاية وعلم الحشرات والتحقيقات الوبائية.<sup>2</sup>

ث-5- رتبة مختص في حفظ الصحة ممتاز للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للمختصين في حفظ الصحة للمتخصصين للصحة العمومية، يُكلف المختصون في الصحة الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وانجازه.
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة النشاطات في مجال حفظ الصحة وعلم الأوبئة وتقييمها.
- مراقبة نوعية وسلامة النشاطات في مجال حفظ الصحة وعلم الأوبئة.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتريصين المعينين في المصلحة وتنظيم تطهيرهم.<sup>3</sup>

#### 4-2- الأحكام المطبقة على شعبة الطبية الاجتماعية:

تضم الشعبة الطبية الاجتماعية سلكين هما:

- سلك المساعدين الاجتماعيين للصحة العمومية
- سلك المساعدين الطبيين للصحة العمومية<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 194، ص 32-33

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 195، ص 33.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 196، ص 33.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 204، ص 34.

أ- **سلك المساعدين الاجتماعيين للصحة العمومية:** يضم سلك المساعدين الاجتماعيين للصحة العمومية خمس رتب:

- رتبة مساعد اجتماعي حاصل على شهادة دولة.
- رتبة مساعد اجتماعي للصحة العمومية.
- رتبة مساعد اجتماعي رئيسي للصحة العمومية.
- رتبة مساعد اجتماعي رئيسي للصحة العمومية.
- رتبة مساعد اجتماعي رئيس للصحة العمومية.<sup>1</sup>

أ-1- **رتبة مساعد اجتماعي حاصل على شهادة دولة:** يُكلف المساعدون الاجتماعيون المؤهلون تحت سلطة المسؤول السلمي بتقديم المساعدة الطبية الاجتماعية في مؤسسات الصحة.<sup>2</sup>

أ-2- **رتبة مساعد اجتماعي للصحة العمومية:** زيادة على المهام المسندة للمساعدين الاجتماعيين المؤهلين، يُكلف المساعدون الاجتماعيون الحاصلون على شهادة دولة تحت سلطة المسؤول السلمي لاسيما بما يأتي:

- ضمان المساعدة الطبية الاجتماعية للمرضى وعائلاتهم.
- ضمان المساعدة الاجتماعية للأشخاص في وضع صعب، لاسيما منهم العمال وعائلاتهم.
- ضمان المساعدة الاجتماعية والحماية للطفولة المهملة والطفولة في وضع صعب.<sup>3</sup>

أ-3- **رتبة مساعد اجتماعي رئيسي للصحة العمومية:** يكلف المساعدون الاجتماعيون للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي لاسيما بما يأتي:

- التدخل لدى الأشخاص من أجل تحسين ظروف حياتهم ووقايتهم من الصعوبات الطبية الاجتماعية.
- تحديد احتياجات الأشخاص الذين يعانون من الصعوبات وبناء مشروع فردي أو جماعي ملائم في مؤسسات الصحة.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 205، ص 34.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 206، ص 34.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11-11، المادة رقم 207، ص 34.

- ضمان دراسة الملفات الإدارية قصد الحصول أو إعادة الحقوق للأشخاص في وضع صعب وإعداد التقارير الطبية الاجتماعية و التبليغية.

- المساعدة في الادمج أو إعادة الادمج الاجتماعي او المهني.

- استقبال الطلبة والمتربصين ومتابعتهم بيداغوجياً.<sup>1</sup>

أ-4- رتبة مساعد اجتماعي رئيسي للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للمساعدين الاجتماعيين للصحة العمومية، يُكلف المساعدون الاجتماعيون الرئيسيون تحت سلطة المسؤول السلمي بما يأتي:

- تحليل حالات المرضى والتكفل بهم على المستوى الطبي والإداري.

- ضمان نشاطات طبية نفسية لفائدة مختلف فئات المواطنين، لاسيما في مجال صحة الامومة والطفولة والصحة المدرسية والجامعية والصحة العقلية.

- مساعدة الادمج الاجتماعي والعائلي للأشخاص في وضعية قطيعة مع محيطهم تبعاً لمرض خطير.<sup>2</sup>

أ-5- رتبة مساعد اجتماعي رئيس للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للمساعدين الاجتماعيين الرئيسيين للصحة العمومية، يكلف المساعدون الاجتماعيون الرؤساء للصحة العمومية لاسيما بما يأتي:

- إعداد بالاتصال مع الفريق الطبي، مشروع المصلحة وانجازه.

- تحضير النشاطات الطبية الاجتماعية.

- ضمان متابعة وتقييم النشاطات الطبية الاجتماعية.

- مراقبة نوعية وسلامة النشاطات الطبية الاجتماعية.

- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالنشاطات الطبية الاجتماعية.

- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعينين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>-مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 208، ص 34.

<sup>2</sup>- مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 209، ص 34.

<sup>3</sup>-مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 210، ص 34-35.

ب- سلك المساعدين الطبيين للصحة العمومية: يضم سلك المساعدين الطبيين للصحة العمومية خمس رتب:

- رتبة أمين طبي مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال.
- رتبة أمين طبي حاصل على شهادة دولة.
- رتبة مساعد طبي للصحة العمومية.
- رتبة مساعد رئيسي للصحة العمومية.
- رتبة مساعد طبي رئيس للصحة العمومية.<sup>1</sup>

ب-1- رتبة أمين طبي مؤهل، وهي رتبة في طريق الزوال: يكلف الامناء الطبيون المؤهلون تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- مساعدة الطبيب في تكوين الملفات الطبية ومسكها.
- تسهيل العلاقات مع المرضى وعائلاتهم ومع الفرق الطبية الاجتماعية.<sup>2</sup>

ب-2- رتبة أمين طبي حاصل على شهادة دولة: زيادة على المهام المسندة للأمناء الطبيين المؤهلين، يكلف الامناء الطبيون الحاصلون على شهادة، يُكلف الأمناء الطبيون الحاصلون على شهادة دولة تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- تنظيم وتسيير الملفات المتعلقة بالمرضى.
- تسجيل وتحيين المعلومات الضرورية لسير الهيكل.<sup>3</sup>

ب-3- رتبة مساعد طبي للصحة العمومية: يُكلف المساعدون الطبيون للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي لاسيما بما يأتي:

- اعلام وتوجيه المرضى والمرافقين.
- جمع المعلومات الطبية الإدارية للمرضى ومعالجتها ونشرها وتخزينها.
- تصميم دعائم التسيير الطبي الاداري وانجازها.
- المشاركة في تنظيم الاجتماعات والتظاهرات العلمية.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 218، ص 35.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 219، ص 36.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121 المادة رقم 220، ص 36.

ب-4- رتبة مساعد رئيسي للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للمساعدين الطبيين للصحة العمومية، يُكلف المساعدون الطبيون الرئيسيون للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:

- جمع المعلومات الطبية وتدوينها ومعالجتها وتحليلها قصد التقييم الطبي للمؤسسة.
- تحرير الوثائق ذات الصلة بمهامهم وتقديمها وتلخيصها.
- المشاركة في وضع نظام لحفظ المعلومات الطبية.<sup>2</sup>

ب-5- رتبة مساعد طبي رئيس للصحة العمومية: زيادة على المهام المسندة للمساعدين الطبيين الرئيسيين للصحة العمومية، يُكلف المساعدون الطبيون الرؤساء للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إعداد وانجاز بالاتصال مع الفريق الطبي مشروع المصلحة.
- تنظيم نشاطات المساعدة الطبية.
- ضمان متابعة وتقييم النشاطات في مجال المساعدة الطبية.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بنشاطات المساعدة الطبية.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمترشحين المعيّنين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم<sup>3</sup>

#### 5-2- الاحكام المطبقة على شعبة التعليم والتفتيش البيداغوجي الشبه الطبي:

تضم شعبة التعليم والتفتيش البيداغوجي شبه الطبي سلكاً وحيداً هو سلك أساتذة التعليم شبه الطبي<sup>4</sup>

أ- سلك أساتذة التعليم شبه الطبي: يضم سلك أساتذة التعليم شبه الطبي رتبتين:

- أستاذ التعليم شبه الطبي.
- رتبة مفتش بيداغوجي شبه طبي.<sup>5</sup>

أ-1- أستاذ التعليم شبه الطبي: يُكلف أساتذة التعليم شبه الطبي لاسيما بما يأتي:

- ضمان التعليم النظري والتطبيقي لشبه الطبيين في طور التكوين الأولي والمتواصل.

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 221، ص 36.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 222، ص 36.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 223، ص 36.

<sup>4</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 231، ص 37.

<sup>5</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 232، ص 37.



- تأطير الطلبة والمترشحين.
  - تنفيذ المشاريع البيداغوجية وتقييمها.
  - المشاركة في البحث في مجال النشاطات شبه الطبية والبيداغوجية.
  - الإشراف على مذكرات نهاية الدراسة للطلبة وتقييم تقرير نهاية التريصات.
  - المساهمة في تنظيم وإجراء الامتحانات والمسابقات.
  - المشاركة في إعداد وإثراء برامج التكوين.
  - ويمارسون نشاطاتهم في معاهد التكوين شبه الطبي وكذا في المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي.
  - كما يضمنون تعليماً نظرياً وتطبيقياً مدته 30 ساعة في الأسبوع في الميدان شبه الطبي على مستوى مؤسسات التكوين شبه الطبي وهياكل العلاج أو كل ميدان تربص آخر.<sup>1</sup>
- أ-2- رتبة مفتش بيداغوجي شبه طبي: زيادة على المهام المسندة لأساتذة التعليم شبه الطبي، يُكلف المفتشون البيداغوجيون شبه الطبيين لاسيما بما يأتي:
- القيام بالتفتيش والمراقبة البيداغوجية لأساتذة التعليم شبه الطبي.
  - تقييم المحتويات البيداغوجية للتعاليم وتقديرها.
  - المساهمة في إعداد برامج التكوين وتقييمها وإثرائها.
  - ضمان مهام الدراسة والخبرة في المجال البيداغوجي.
  - ضمان المهام المتعلقة بالتنظيم والسير التقني والبيداغوجي للمؤسسات.
  - ضمان اليقظة البيداغوجية في مجال لبيداغوجيا والتكوين.
  - تنظيم وتنشيط الملتقيات والندوات وأطوار التكوين لفائدة اساتذة التعليم شبه الطبي وشبه الطبيين.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 233، ص 37.

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 234، ص 37-38.

2-6- الأحكام المطبقة على المناصب العليا:

طبقاً لأحكام المادة 11 من الأمر رقم 06-03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكورة أعلاه، تحدد قائمة المناصب العليا بعنوان شبه الطبيين للصحة العمومية، كما يأتي:

- إطار شبه طبي.
- منسق النشاطات شبه الطبية.<sup>1</sup>
- أ- إطار شبه طبي: يكلف الاطارات شبه الطبيين، كل في شعبته وتحت سلطة الممارس الطبي، رئيس المصلحة، لاسيما بما يأتي:
  - تنظيم الخدمات العلاجية والسهر على استقبال وراحة المريض.
  - مراقبة عمل الفرق شبه الطبية.
  - السهر على استعمال العقلاني للموارد الصيدلانية والمستلزمات الطبية والعتاد الطبي وصيانتها والحفاظ عليه.
  - استقبال المستخدمين والطلبة والمتريصين المعنيين في الهياكل العمومية للصحة.
  - المساهمة في تقييم الاحتياجات من المستخدمين شبه الطبيين.
  - تحرير تقرير نشاط المصلحة<sup>2</sup>
- ب- منسق النشاطات شبه الطبية: يكلف منسقو النشاطات شبه الطبية كُلاً في شُعبته وتحت سلطة المسؤول السلمي، لاسيما بما يأتي:
  - تنظيم نشاطات المستخدمين شبه الطبيين وتنسيقها وتقييمها.
  - السهر على استقبال المريض وراحته ونوعية الأعمال شبه الطبية وترقيتها وتطوير النظافة الاستشفائية.
  - المشاركة في دراسة المسائل المتعلقة بتكثيف التقنيات الجديدة بالتعاون مع اطارات شبه الطبي.
  - إعداد تقرير نشاط الهيكل.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 238، ص 38

<sup>2</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 241، ص 38.

<sup>3</sup> - مرسوم تنفيذي رقم 11- 121، المادة رقم 242، ص 38-39.

جدول رقم (16) يبين رتب أسلاك الممارسين شبه الطبيين العاملين في الصحة العمومية:

الرتب	الاسلاك	الشعبة
مساعد التمريض للصحة العمومية	مساعد تمريض للصحة العمومية	العلاج
مساعد التمريض رئيسي للصحة العمومية		
عون رعاية الاطفال للصحة العمومية	اعوان رعاية الاطفال للصحة العمومية	
عون رعاية الاطفال رئيسي للصحة العمومية		
مساعد جراح الاسنان للصحة العمومية	مساعدو جراحي الاسنان للصحة العمومية	
مساعد جراح الاسنان رئيسي للصحة العمومية		
ممرض مؤهل	ممرضو الصحة العمومية	
ممرض حاصل على شهادة دولة		
ممرض للصحة العمومية		
ممرض متخصص للصحة العمومية		
ممرض ممتاز للصحة العمومية		اعادة التأهيل والتكيف
شبه طبي مؤهل	المختصون في التغذية للصحة العمومية.	
شبه طبي حاصل على شهادة دولة	مرممو الاسنان للصحة العمومية	
شبه طبي للصحة العمومية	المختصون في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية	
شبه طبي متخصص للصحة العمومية	البصاراتيون النظاراتيون	
شبه طبي ممتاز للصحة العمومية		
شبه طبي للصحة العمومية	مقومو البصر للصحة العمومية.	
شبه طبي متخصص للصحة العمومية	المداوون بالعمل للصحة العمومية.	
شبه طبي ممتاز للصحة العمومية	مقومو الاعضاء الاصطناعية للصحة العمومية	
	مقومو الحركة النفسية للصحة العمومية	
	مطببو الارجل للصحة العمومية	
	مقومو السمع للصحة العمومية	الطبية التقنية
شبه طبي مؤهل	مشغلو اجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية .	
شبه طبي حاصل على شهادة دولة	المخبرون للصحة العمومية.	
شبه طبي للصحة العمومية	المحضرون في الصيدلة للصحة العمومية	
شبه طبي متخصص للصحة العمومية	المختصون في حفظ الصحة للصحة العمومية	
شبه طبي ممتاز للصحة العمومية		
شبه طبي مؤهل	المساعدون الاجتماعيون للصحة العمومية.	
شبه طبي حاصل على شهادة دولة	المساعدون الطبيون للصحة العمومية	
شبه طبي للصحة العمومية		

شبه طبي متخصص للصحة العمومية		
شبه طبي ممتاز للصحة العمومية		
استاذ التعليم شبه الطبي.	اساتذة التعليم شبه الطبي	التعليم والتفتيش
مفتش بيداغوجي شبه طبي		البيداغوجي شبه طبي

المصدر: مرسوم تنفيذي رقم 11-121، المادة 245، ص 9-40.

### III. التسيير الإداري للمستشفى الجامعي في الجزائر:

نصت المادة 10 من المرسوم رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 على أن المركز الاستشفائي الجامعي يكونه مجلس التوجيه ومجلس علمي ويديره مدير عام يساعده كاتب عام ومديرون،<sup>1</sup> بينما المرسوم رقم 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 فنص في المادة الثانية عشرة على أن المركز الاستشفائي الجامعي يديره مجلس إدارة ويسيره مدير عام، ويزوده بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي، يساعده المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي لجنة استشارية بين دورات المجلس العلمي<sup>2</sup>، نلاحظ أن مجلس التوجيه عوض بمجلس الإدارة وتبقى الهيئات الأخرى نفسها بدون تغيير.

أ- مجلس الإدارة: يضم مجلس الإدارة كل من:

- ممثل الوزير المكلف بالصحة رئيسا.
- ممثل الوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي.
- ممثل عن إدارة المالية.
- ممثل عن التأمينات الاقتصادية.
- ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي.
- ممثل عن المجلس الشعبي الولائي للولاية مقر المركز الاستشفائي الجامعي.
- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي للبلدية مقر المركز الاستشفائي الجامعي.
- ممثل عن الاخصائيين الاستشفائيين الجامعيين ينتخبه زملاؤه.
- ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه زملاؤه.
- ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه زملاؤه.
- ممثل عن جمعيات المنتفعين.

<sup>1</sup> - ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 86-25، المادة 10، ص 117.

<sup>2</sup> - ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 97-467، المادة 12، ص 31.

- ممثل عن العمال ينتخبه في جمعية عامة.
- رئيس المجلس العلمي للمركز الاستشفائي الجامعي.<sup>1</sup>
- ب- **المدير:** يعين المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي بمرسوم تنفيذي وباقتراح من الوزير المكلف بالصحة وتنتهي مهامه بالطريقة نفسها<sup>2</sup> المادة 20، ويساعد المدير العام أمين عام ومديرو الوحدات، وكل هؤلاء المساعدون يعينون بقرار من الوزير المكلف بالصحة بناء على اقتراح المدير العام للمركز الجامعي. والمدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي هو الذي يقوم بعملية التسيير.
- ت- **المديريات المساعدة لعمل المدير:** وهي أربع مديريات مديرية الموارد البشرية مديرية المالية والمراقبة مديرية الوسائل المادية مديرية النشاطات الطبية والشبه الطبية.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>- المرسوم رقم 467-97 ، المادة 13، ص 31

<sup>2</sup>- المرسوم التنفيذي 467-97 ، المادة رقم 20 ، ص 32.

<sup>3</sup>- المرسوم التنفيذي 467-97، المادة رقم 21 ، ص 32.

جدول رقم (17) يبين الخصائص الوظيفية للمديريات المساعدة لعمل المدير في مؤسسة

الاستشفائية

المديرية	سماتها الوظيفية
مديرية الموارد البشرية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تحديد الاحتياجات للمستخدمين.</li> <li>- إعداد المخططات السنوية لتوظيف المستخدمين.</li> <li>- تسيير الحياة المهنية للمستخدمين طبقاً للتنظيم المعمول به.</li> <li>- التوزيع المحكم للمستخدمين والسهر على استخدامهم استخداماً أمثل.</li> <li>- تبادل الاتصال مع الهياكل الأخرى التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي بأعمال تكوين المستخدمين الإداريين والتقنيين وتحسين مستواهم وتجديد معارفهم وتأقلمهم مع التغيرات التي تطرأ سواء على المستوى الداخلي أو الخارجي.</li> <li>- تضمن من جهة أخرى نشاطات الخدمات الاجتماعية لفائدة المستخدمين لهذه المهام وغيرها.</li> </ul>
مديرية المالية والمراقبة	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جمع طلبات الاعتمادات التي ترد من مختلف المصالح وتحضير مشروع الميزانية.</li> <li>- متابعة استهلاك الاعتمادات وإعداد الجداول الدورية الخاصة بها.</li> <li>- مسك الحسابات المالية وإعداد الحساب السنوي الخاص بالتسيير المالي.</li> </ul>
مديرية الوسائل المادية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تتولى جمع الاحتياجات التي تبديها مختلف هياكل المؤسسة الاستشفائية الجامعية في مجال التجهيزات والمعدات والمنتجات، وعلى هذا الأساس فهي التي تقوم بتمويل وتسيير المخازن والوسائل التي تتعلق بالتغذية والصيانة والنظافة.</li> <li>- متابعة برامج البناءات وعمليات تجديد بنايات المركز الاستشفائي الجامعي وتقني والتجهيزات اللازمة لأعمال العلاج والتكوين والبحث.</li> <li>- تسهر على صيانة البنايات والتجهيزات.</li> <li>- تتولى صيانة سير ورشات الصيانة والترميم.</li> <li>- في مجال العلاج فهي تقوم باقتناء المعدات والأدوات الطبية والمواد الصيدلانية والكواشف وتحضر من جهتها الملفات الخاصة بالصفقات والاتفاقيات التي لها صلة بأعمال المديرية.</li> </ul>
مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- متابعة أعمال العلاج وتعد بذلك التقارير والملخصات</li> <li>- تنظم مع المعهد الوطني للتعليم العالي في العلوم الطبية</li> <li>- تسيير حركة الطلبة المقيمين ضمن احترام البرامج المحددة في المخطط بالنسبة لكل فرع</li> <li>- تتلقى التقارير عن النشاط يبعدها رؤساء المصالح لعرضها على المجلس العلمي وتستغلها.</li> <li>- ترافق من جهة أخرى مواظبة الطلبة والأطباء المقيمين في فرق الحراسة.</li> <li>- تنظم مساهمة المركز الاستشفائي الجامعي في التكوين شبه الطبي ومتابعة الطلبة وبرمجة تربصاتهم في مختلف المصالح.</li> <li>- تقوم بتقييم النشاطات الطبية والشبه الطبية وجمع الإحصائيات ودراساتها واستغلالها لإعداد حصيلة الأمراض والأوبئة التي عالجتها المؤسسة.</li> <li>- تحضر مع الهيئات المعنية برامج التظاهرات العلمية في المؤسسة ومشاركة الاستشفائيين الجامعيين في المؤتمرات التي لها علاقة بالعلوم الطبية وتتلقى تقارير عن ذلك .</li> <li>- كما لها مهام أخرى تتمثل في حفظ الملفات الطبية والإدارية للمرضى وتنظيم توزيع المعلمات الطبية والعلمية.</li> </ul>

المصدر : سعودي يوسف، مرجع سابق ، ص ص 35-38.

ث- **المجلس العلمي**: يتشكل المجلس العلمي فضلا عن الرئيس الذي ينتخب من ضمن أعضاءه لمدة 3 سنوات من رؤساء المصالح (وهم أساتذة في الطب) ومدير مؤسسة التكوين العالي المعينة أو ممثله وعند الاقتضاء مسؤولو وحدات البحث بالإضافة إلى عضوان أو ثلاثة أعضاء حسب الحالة يعينهم المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي من بين المجموعة العلمية للمؤسسة، أستاذ محاضر وأستاذ مساعد ينتخبهما زملاؤهما لمدة ثلاث سنوات، موظف شبه طبي يعينه المدير العام، يتمتع بأعلى رتبة في سلك شبه الطبيين.

وبما أن المجلس العلمي هيئة استشارية فهو يستشار ويبيدي آراء خصوصا فيما يلي:

- إقامة علاقات علمية بين المصالح الطبية، مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية.
- بناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها.
- إعداد البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها، لبرامج الصحة والسكان، برامج لتظاهرات العلمية والتقنية، إنشاء المؤسسات الطبية وإلغاء الاتفاقيات الخاصة بالتكوين والبحث في علوم الطب ، ويشارك في إعداد برامج التكوين والبحث في علوم الطب ويقدر نشاط المصالح في ميدان العلاج والتكوين والبحث.

ويمكن لمدير المركز الاستشفائي الجامعي أن يطلع المجلس العلمي على كل أمر ذي طابع طبي علمي أو تكويني، وعلى هذا فانه باستدعاء منه أو من طرف الرئيس يجتمع المجلس العلمي في دورة عادية مرة كل شهرين، ويمكنه أن يجتمع في دورة طارئة بطلب من رئيس المجلس أو أغلبية أعضائه أو المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي.

ج- **اللجنة الاستشارية**: اللجنة الاستشارية أو الهيئة الاستشارية هي هيئة إدارية تقوم أصلا لمعاونة الهيئات التنفيذية الرئيسية، فهي هيئات فنية مساعدة، بحيث تنحصر وظيفتها في الإعداد والتحضير والبحث، ثم تقديم النصح للجهة الإدارية التي تملك إصدار القرارات، وقد نشأت الهيئات نتيجة تعقد المشكلات الإدارية بسبب طابعها الفني في الوقت الحاضر.

تساعد اللجنة الاستشارية المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي في ادعاء مهامه وعلى الخصوص في تطبيق اقتراحات المجلس العلمي وتوصيلته، وللتذكير فان اللجنة تشمل إضافة إلى المدير العام ما يلي: رئيس المجلس العلمي، ثلاثة إلى سبعة رؤساء مصالح (حسب حجم المركز الاستشفائي الجامعي) يعينهم المجلس العلمي، وبمبادرة من المدير العام أو أغلبية أعضاء اللجنة، ويمكن لهذه اللجنة

أن تتوسع لتشمل الأمين العام ومدير هياكل المؤسسة وتكون اجتماعاتها مرة كل شهر ،وللتذكير فإن عدد المراكز الاستشفائية الجامعية حددت حسب أحكام المرسوم رقم 97-467 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 بثلاثة عشر مركزاً وهي الآن في تزايد حيث يبلغ عددها حالياً 14 مركز استشفائي جامعي.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - سعودي يوسف ، مرجع سابق، ص ص 38-40 .



## الفصل الخامس : المقارنة الميدانية لدراسة

### أولاً- الإجراءات المنهجية لدراسة

- أ. مجالات الدراسة
- ب. منهج الدراسة و أدوات جمع البيانات
- ج. عينة الدراسة

### ثانياً\_ تفرغ وتحليل بيانات الدراسة

- أ. تفرغ وتحليل البيانات الخاصة بالفرضية الأولى
- ب. تفرغ وتحليل البيانات الخاصة بالفرضية الثانية
- ج. تفرغ وتحليل لبيانات الخاصة بالفرضية الثالثة

### ثالثاً- مناقشة نتائج الدراسة

- أ. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
- ب. مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة
- ج. مناقشة النتائج على ضوء المدخل النظري (للمؤسسات الطبية)

## أولاً- الإطار المنهجي للدراسة

## 1. مجالات الدراسة الميدانية:

اتفق الكثير من الباحثين في مناهج البحث الاجتماعي على ان لكل دراسة ثلاثة مجالات، تحدد انطلاقاً من عنوان الدراسة أو البحث المطروح والهدف منه، لذلك تحددت مجالات الدراسة الحالية فيما يلي:

## 1- المجال المكاني:

يقصد بالمجال الجغرافي عادة النطاق المكاني لإجراء البحث الميداني أي مكان التحقق من الفرضيات، للإجابة على الإشكال المطروح، وقد تمثلت المجال المكاني لدراسة في المستشفى الجامعي بن فليس التهامي باتنة، واختيار المكان الميداني في هذه الدراسة مقترن بعدد من المبررات نذكر أهمها:

- لنمط ملكيته والإشراف عليه إذ يعد من المستشفيات التي تملكها هيئات رسمية تقوم على رعاية شؤونها ومصالحها، وهذا النوع من المستشفيات يعتبر أكثر أنواع المستشفيات انتشاراً في العالم اليوم، حيث تعتبر الكثير من الدول وبخاصة الاشتراكية منها أن من أولى واجبات الدولة هو تقديم أفضل الخدمات الصحية إلى المواطنين مجاناً.

- للحجم والسعة السريرية إذ يتميز بكونه من المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية متوسطة مثل ضواحي المدن أو المنطقة الصحية وتتراوح سعتها السريرية عادة ما بين 120 إلى 500 سرير، وتعتبر هذه المستشفيات المركزية بمثابة المستشفيات العامة أيضاً وذلك نظراً لتوفر كافة الإمكانيات المادية والبشرية بها والتي تمكنها من مواجهة مختلف الحالات الطبية والجراحية العامة.

- لنوع الخدمة المقدمة حيث يصنف على أساس نوع الخدمة التي يقدمها إلى مستشفيات عامة، وهي مستشفيات تحتوي على جميع الأقسام أي أنها تعالج فيها جميع أنواع الأمراض الباطنية وفروعها الجراحية والنسائية وغيرها أي أن هذا النوع من المستشفيات يجمع أكثر من قسم وتخصص ويخدم مناطق واسعة من السكان وعادة ما يشرف على أكثر من مستشفى صغير أو وحدة علاجية تابعة له .

- على أساس التعليم والتدريب إذ يعتبر من المستشفيات التعليمية وهي تلك المستشفيات التي يتم فيها تطبيق برامج الإقامة والتدريب والتعليم، وتتوفر في هذه المستشفيات على الإمكانيات البشرية والمادية والتكنولوجية التي تساهم في تعليم وتدريب طلبة كليات الطب والتمريض والمهن الطبية المساعدة،

بالإضافة إلى توفير الأجهزة والمعدات والمختبرات التي تساعد التدريب والتعليم، وفي الغالب فإن المستشفيات التعليمية تكون كبيرة الحجم وتحتوي على جميع التخصصات الطبية، ويتوفر في هذا النوع من المستشفيات قاعة للمحاضرات ووسائل تعليمية وتدريبية بالإضافة إلى احتوائها على مختبرات لغايات البحث العلمي والتجارب والدراسات الحيوية.

- تبعا لنوع الرعاية إذ يعد من المستشفيات ذات الرعاية من الدرجة الثالثة وهي تمثل درجة عالية من التخصص العلمي والأجهزة المستخدمة.

- على أساس مدة مكوث المريض إذ يعد من مستشفيات طويلة الأمد التي غالبا ما تعتمد مدة أكثر من (30) يوما كمعدل لمكوث المريض في المستشفيات ضمن التصنيف طويل.

أما فيما يخص الخصائص البنائية لمكان الدراسة فيمكن نمذجته كآلاتي: وسنتطرق هنا إلى نمذجة المصالح الطبية حسب هيكلتها في المؤسسة محل الدراسة (التي تم ملاحظتها والتعرف عليها من الهيكل التنظيمي) من خلال الجداول التالية:

**جدول رقم (18) يبين نمذجة جناح الاستجالات الطبية الجراحية في المؤسسة محل الدراسة**

المصلحة	الطابق
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مصلحة الاشعة</li> <li>- المخبر</li> <li>- الفحوصات الطبية</li> <li>- الفحوصات الجراحية.</li> </ul>	الأرضي
<ul style="list-style-type: none"> <li>- قاعة العمليات</li> <li>- الإدارة</li> </ul>	01
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مصلحة معالجة الرضوض نساء ورجال</li> <li>- قاعة متعددة النشاطات</li> </ul>	02

جدول رقم (19) يبين نمذجة جناح المصالح الطبية و الجراحية في المؤسسة محل الدراسة

الطابق	التخصصات (جهة يمنى)	التخصصات (الجهة اليسرى)
الارضى	- مخبر تحليل وتصنيف الامراض - مدير النشاطات الطبية والشبه الطبية. - مخبر الميكروبيولوجيا - قسم حفظ الجثث	- مصلحة الانعاش الطبي - جناح استشفاء المساجين. - مصلحة امراض الكلى - مصلحة الامراض الدموية
01	- مصلحة الرضوض والصددمات رجال. - مصلحة الرضوض والصددمات نساء. - مصلحة الرضوض والصددمات اطفال. - قاعة العمليات الرضوض والصددمات	- مصلحة امراض العيون - قاعة العمليات جراحة العيون
02	- قاعة الجراحة العامة. - مصلحة جراحة رجال - مصلحة الجراحة الصغيرة. - التنظيم الغذائي	- مصلحة المسالك البولية - وحدة تفتيت الحصى - مصلحة جراحة نساء - مصلحة جراحة اطفال
03	- مصلحة امراض الغدد الصماء والداء السكري - مخبر الهرمونات - مصلحة طب الاطفال - وحدة طب الرضع - مصلحة ترميم الاسنان	- مصلحة امراض القلب - مخبر البيو كيمياء - الصيدلية المركزية
04	- مصلحة الطب الباطني نساء - مخبر الامراض الدموية - مصلحة الفيزيولوجيا - مصلحة جراحة الاعصاب - مصلحة اعادة التكييف الوظيفي.	- مصلحة الطب الباطني رجال - الصيدلية (ملحقة)

جدول رقم (20) يبين نمذجة جناح الاستشفاء للأطفال والرضع ومخبري التسمم والمناعة  
والاستشفاء اليومي للأمراض الدموية في المؤسسة محل الدراسة

الطابق	التخصص
01	- مخبر علم التسممات - مخبر علم المناعة - الاستشفاء اليومي للأمراض الدموية - مراقبة المرضى ما بعد زرع الكلى - الفحوصات الخاصة لجراحة الفك والوجه.

من خلال التقسيمات السابقة لمصالح المؤسسة الاستشفائية نلاحظ انه يمكن ان نقسمها من حيث دورها الوظيفي إلى أربعة مصالح وهي:

- مصالح ذات تخصص جراحي (جراحة الأطفال، جراحة العيون،.....)
- مصالح ذات تخصص طبي (طب القلب، طب الكلى وتصفية الدم، طب الأطفال،.....)
- مصالح ذات تشخيص شبه الاكلينيكي (الأشعة، المخبر، مخبر الخلايا،.....).

## 2- المجال البشري:

ويقصد به مجموع الأفراد أو الحالات التي يجري عليهم البحث والذين تنطبق عليهم خصائص معينة تتطلبها طبيعة الهدف من البحث.

ويتحدد المجال البشري لهذه الدراسة في ممارسي الصحة بكل أنواعهم أي المقدمين للخدمة الصحية وبهذا يضم المجتمع البشري لمستشفى باتنة كغيره من المستشفيات الأخرى أطباء وشبه طبيين وينتمي كل منهما إلى تنظيم تدرجي هرمي وتقسيم المهام لكل منهم وفق مكانته في التنظيم الذي ينتمي إليه وذلك كما يلي:

أ- **التنظيم الطبي:** وتنقسم هذه الفئة إلى ستة مستويات يصنفون من أعلى إلى أدناها كما يلي:

أ\_1\_ **الأستاذ رئيس المصلحة:** (Le professeur chef de service) وهو أستاذ في

الطب يمثل قمة الهرم الطبي وله مسؤولية المصلحة ويقوم بالوظيفة الطبية و التسييرية داخل المصلحة يهتم بالعلاج والتكوين والبحث العلمي ويشرف على الرسائل الطبية ويمكن أن يكون أيضا الأستاذ المكلف بالدروس (Le docent) هو من يقوم بهذه المهام.

أ\_2\_ الأستاذ المساعد: (**Le maitre assistant**) وهو طبيب مختص وحصل على رتبة الاستاذ المساعد عن طريق مسابقة (امتحان يقام للأطباء المتخصصون ويكون قد قدم دروس بيداغوجية للطلبة في الطب في التدرج او ما بعد التدرج) او لشبه الطبي او الاشراف على مذكراتهم، ويقوم بدور التكوين و دور العلاج ويكلف في بعض الاحيان برئاسة الوحدات او المصلحة اذا تعذر وجود (Le professeur).

أ\_3\_ الطبيب المساعد (المختص) (**L'assistant**) : وهو طبيب تم دراسته في التخصص واصبح يقوم بمهام التشخيص والعلاج في اطار تخصصه.

أ\_4\_ الطبيب المقيم (**Le resident**) : هو طبيب له شهادة الطب العام ولكنه في طور الدراسة للتخصص.

أ\_5\_ الطبيب العام (**Le généraliste**) : وهو طبيب حاصل على دكتورا في الطب العام ويعمل في هذا الإطار.

أ\_6\_ الطلبة الداخليين و الخارجيين (**Les internes et Les externes**): هو لا يزالون طلبة ولم يحصلوا على شهادة الطب إلا بعد التبرص وكل المراد المقررة للدراسة لمدة سبع سنوات.  
ب- التنظيم شبه الطبي: وتنقسم هذه الفئة إلى أربعة مستويات يصنفون من أعلى إلى أدناها كما يلي:

ب\_1\_ فئة شبه الطبيين الرئيسيين: وهي أعلى من ذوي شهادة الدولة ولكنها لا تقوم على أساس التكوين بل ترقية عن طريق امتحان لذوي شهادة دولة الذين لهم اقدمية أكثر من 5 سنوات أو عن طريق الاختيار (اي ترقية عن طريق الاقدمية لأكثر من عشر سنوات ويختار واحد الاكثر اقدمية للمرشحين في كل التخصصات مجتمعة)، ويكون الرئيسيون هو المرشحون للمسؤولية اكثر من غيرهم وفي كثير من الاحيان ذوي شهادة دولة هو من يتحصل على مناصب مسؤولية بعد ثلاث سنوات على الاقل من الاقدمية ليكون رئيس الفريق ولذوي اقدمية اكثر بالنسبة لمنصب المراقب للمصالح الطبية، هذا من الناحية الرسمية اما في الواقع فيمكن ان ينصب اشخاص للمسؤولية وبعدها يساعد على نيل المرتبة الاعلى في الامتحان المهني وذلك بطريقة غير رسمية.

ب\_2\_ التقنيون الساميون في الصحة (شبه طبيون ذوي شهادة دولة) وتشكل هذه الفئة الاعلى درجة للمكونين اي لا توجد فئة اخرى متكونة ذات مستوى اعلى ويتطلب لذلك شهادة البكالوريا، وقد كانت هذه الفئة تتكون بمستوى ثالثة ثانوي مع اجراء لمسابقة فيصنفون حسب ترتيبهم فالأوائل ضمن

التقنيون السامون (ذوي شهادة دولة) والذين يأتون في المؤخرة سيكونون ضمن تقنيون في الصحة (المؤهلون) وتمتد مدة التكوين لثلاث سنوات مع انجاز لمذكرة نهاية الدراسة واحتياز امتحان نهائي نظري واخر تطبيقي، تجمع فيها كل تخصصات الطب بالنسبة للعلاج العام في ثلاث تخصصات (الطب الداخلي، الجراحة، طب الاطفال وطب النساء) للحصول على شهادة دولة ، وتضم عدة تخصصات (العلاج العام، القابلات التخدير والمساعدة الاجتماعية ، التدليك الطبي ، الامانة الطبية.....الخ وتقوم كل فئة بالمهام الموكلة اليها حسب تخصصها.

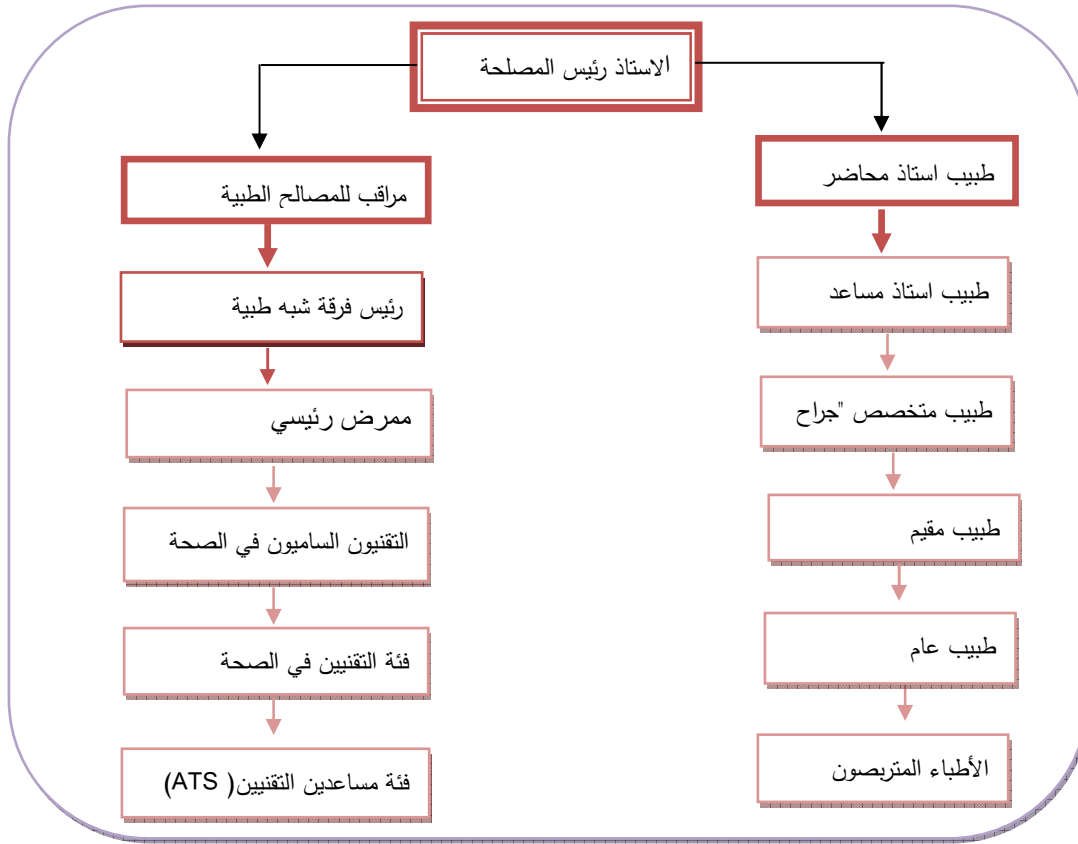
**ب\_3\_ فئة التقنيين في الصحة او (المؤهلون):** وهي فئة في وسط السلم شبه الطبي وتقوم بمهام العلاج وقياس الحرارة والضغط و احيانا تطهير الادوات الجراحية وجمعها وترتيبها ، وقد كان يتم توظيفهم بعد تكوين لسنتين ويتطلب لذلك المستوى الثانوي مع النجاح في مسابقة للدخول الى التكوين ، والان توقف تكوين هذه الفئة الا في اطار التكوين الداخلي (تكوين متواصل في اطار تسيير للموارد البشرية او عن طريق الامتحان المهني .

**ب\_4\_ فئة مساعدين التقنيين (ATS) :** وهي فئة في ادنى درجة شبه الطبي وتقوم بمساعدة في التمريض والنظافة والتطهير وايضا مساعدين لمعالجة المواليد وفي المخبر والاشعة، ويقومون بالمساعدة من ناحية النظافة للمريض وتغيير الافرشة وقياس الحرارة وتطهير الادوات الجراحية والوحدات و احيانا يقومون بمهام غير موكلة اليهم رسميا كالعلاج العام ( حقن، تضميد، وخاصة تحقين عن طريق الاوردة وهذا بصفة غير رسمية وقد كان تكوين هذه الفئة لمدة سنتين لذوي مستوى اولى او الثانية ثانوي، وتوقفت لمدة سنوات ثم اعيد فتحها واصبح يشترط المستوى الثالثة ثانوي مع اجراء مسابقة.

يعتبر التنظيم الاستشفائي مؤسسة علاجية واجتماعية وظيفته هي تنظيم مجال اجتماعي متميز يتمثل في العلاج، لذلك يعتمد على عنصر قاعدي ألا وهو المصلحة الطبية، هذه الاخيرة هي عبارة عن وحدات متخصصة تتميز بنوع من الاستقلالية في تسييرها وتنظيم العمل فيها، وتتكون المصلحة من فاعلين اجتماعيين تتحدد مهامهم الوظيفية وفقا لتنظيم متدرج وتقسيم للعمل وهو كآلاتي:

يوجد فرقتان إحداها طبية والأخرى شبه طبية تنتميان إلى سلميين هرم منفصلين نظريا فقط اما وظيفيا فهل مكملتين لبعض ويخضعون كلهم لسلطة ومسؤولية الاستاذ رئيس المصلحة وتفوض رئاسة المصلحة للأستاذ المساعد في حالة غياب هذا الأخير.

شكل رقم ( 53 ) التقسيم التقني للعمل العلاجي في المركز الجامعي الاستشفائي باتنة:



ومن هذا التقسيم التقني المتبع في المؤسسة محل الدراسة تم اختيار المجال البشري لممارسي الصحة المباشرين الذين يقدمون الخدمات الصحية في المستشفى سواء التشخيص الاكلينيكي وشبه الاكلينيكي والعلاج للمرضى وهم أطباء جراحون ومختصون ومقيمون وعامون وداخليون فيما يخص السلك الطبي، اما الشبه طبي فلم يقسم فئاتهم تم اعتمادهم على أساس فئة واحدة وتم دمجهم بناء على تصريحات رؤساء المصالح في المقابلات في دراسة الاستكشافية الذين صرحوا بعدم وجود اختلاف في عملهم وكلهم يقومون بنفس العمل.

### 3- المجال الزمني:

يمثل هذا المجال الفترة الزمنية التي قامت فيها الباحثة بالدراسة الميدانية، إذ تم تقسيم الفترة التي

تمت فيها الدراسة إلى مراحل هي كآلاتي:

#### أ- المرحلة الاولى (المرحلة الاستطلاعية):

إن استطلاع الميدان يعد أمرا ضروريا في كثير من البحوث، ولقد مرت هذه الخطوة بمرحلتين:



الخطوة الأولى: توجهت فيها الباحثة فيها يتوجه بشكل متقطع للعديد من المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و الجوارية والمستشفى الجامعي ليتم اختيار المستشفى الجامعي للأسباب سابقة الذكر.

الخطوة الثانية: امتدت من 28-05-2018/11-06-2018 وهنا حدد الباحث مكان إجراء دراسته وهو المركز الاستشفائي الجامعي ومررت بفترتين:

الفترة الأولى: كان فيها التوجه بشكل متقطع للعديد من المؤسسات الاستشفائية كدراسة أولية استطلاعية، كان القصد منها البحث عن الميدان الصالح لدراسة، وقد كان التوجه للمستشفى الجامعي يوم، وكانت الزيارة قصدية مع جولة استطلاعية لطريقة العمل والإشراف والمعاملة السلطوي المعتمد .

الفترة الثانية: كانت امتداد للمرحلة الأولى ولكن هذه المرة كان الرجوع للمؤسسة المختارة وهي المستشفى الجامعي حيث كانت هناك مقابلة مع نائب مدير الموارد البشرية، وقد أمد البحث بكثير من المعلومات التي ساهمت في بناء الاستمارة وطرح أسئلتها فيما بعد، كما تنبعت الباحثة إلى وجود عديد من الاعتبارات والمتغيرات الجزئية المرتبطة بمتغيرات الدراسة، وفي الوقت نفسه تم التحدث مع بعض العمال حول خط السلطوي والتعامل والأوامر والتي أسهمت في بناء بنود الاستبيان أيضا.

#### ب- المرحلة الثانية :

من 24-06-2018/12-07-2018 وفيها تم إجراء المقابلات بصفة رسمية مع الرؤساء المسؤولين عن السلكيين الطبي والشبه الطبي ومحاولة التعرف والتحصل على القوائم الخاصة بالسلكيين الطبي والشبه الطبي

#### ج- المرحلة الثالثة:

وامتدت من 17-12-2018/31-12-2018 وفيها تم توزيع الاستمارات لطاقت الشبه الطبي و الطبي وإجراء مقابلات مع المستفيدين من الخدمات الصحية "المرضى"، بالإضافة إلى تطبيق المقابلة مع بعض المسؤولين او الطبيين في حالة التنبه لمتغير لم يتم التنبه إليه.

## .II منهج الدراسة وأدوات جمع البيانات:

## 1- منهج الدراسة:

المنهج هو أسلوب للتفكير والعمل يعتمد على الباحث لتنظيم افكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول الى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة<sup>1</sup>، اذن فالمنهج يمثل الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول الى اجابات مقنعة لتساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها.

وتماشيا مع طبيعة موضوع الدراسة والهدف منها وبلاستفادة من الدراسات السابقة حول الموضوع المدروس والتي أجمعت معظمها على استخدام المنهج الوصفي، فإن المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي الذي يمثل طريقة يعتمد عليها الباحثون في الحصول على معلومات دقيقة وواقعية تصور الواقع الاجتماعي وتسهم في تحليل ظواهره فالمنهج الوصفي اذن بهذا المعنى ليس مجرد وصف لأشياء ظاهرة للعيان، بل انه أسلوب يتطلب البحث والتقصي والتدقيق في الاسباب والمسببات للظاهرة الملموسة وبهذا فقد تم توظيف المنهج الوصفي لما له من ارتباطات بالموضوع وفي قدرته على كشف الحقائق المطلوبة وتصنيف البيانات وتحليلها تحليلا دقيقا وموضوعيا بهدف الوقوف على توزيع السلطة بين ممارسي الصحة وعلاقته بجودة الاداء حيث انطلقت الدراسة من تساؤل محدد جاء كما يلي:

هل هناك علاقة بين توزيع السلطة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية محل الدراسة؟

وقد اعتمدنا في البحث عن إجابة لهذا التساؤل على التقصي والإلمام بالتراث السوسيولوجي النظري حول مشكلة البحث بالاطلاع على جميع الأدبيات التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية والتي من خلالها تم رسم تصور عام للموضوع وضح فيه كيفية بناء الخطة وصياغة الإشكالية وتساؤلات الدراسة

كما تم الانتقال إلى الشق الثاني للدراسة قصد وصف الظاهرة من خلال تقنيات وأدوات بحثية تتدرج ضمن هذا المنهج، أين تم رصد والإحاطة بجوانب الموضوع من خلال استطلاع حول تنظيم المؤسسات الاستشفائية من خلال الزيارات الاستطلاعية والقيام بمقابلات مع بعض ممارسي الصحة والمسؤولين، وكذا بعض المرضى وتحليل تصريحاتهم.

<sup>1</sup>- ربحي ومصطفى عليان واخرون، مناهج البحث وأساليب البحث العلمي، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع عمان، 2000، 33.

ولتميز المنهج الوصفي بالمرونة فقد تم الاستعانة بالاستمارة كأداة ووسيلة رئيسية لجمع البيانات من مجتمع الدراسة لتوضيح علاقة توزيع السلطة بجودة الخدمات الصحية، كما أن الاستعانة بالاستمارة كأداة رئيسية لم يبلغ باقي الأدوات المعتمدة (المقابلة) أثناء إجراء الدراسة الميدانية والاستعانة بها في تحليل النتائج، وتطبيقا لهذا المنهج أيضا يمكننا تعميم نتائج الدراسة وفق معطيات أداة جمع البيانات ومن واقع ما تقدمه جداول التحليل.

إذن فاتخاذ المنهج الوصفي كمنهج للدراسة مكننا من رسم خطوات دراستنا الميدانية وربطها بالجانب النظري للوصول في النهاية إلى تحقيق الهدف من هذه الدراسة من خلال تحليل وتفسير النتائج الميدانية للخروج باستنتاجات تكون بمثابة إجابات لفرضيات الدراسة، وبالتالي الإجابة عن التساؤل الرئيسي المطروح.

وتم استخدام المنهج المقارن كمنهج داعم للمنهج الوصفي تم إبراز أوجه الاختلاف بين فئات البحث حول توزيع السلطة لديهم ومدى تأثيرها على جودة الخدمات فالنمط السلطوي كتركيبية بنوية يتكون من مالك لسلطة وتابع لسلطة.

## 2- أدوات جمع بيانات الدراسة:

إن مرحلة جمع البيانات تعد من أهم مراحل إعداد البحث العلمي لذا تحتاج هذه المرحلة إلى عناية خاصة من قبل الباحث، واختيار دقيق لأدوات المستعملة، فالأداة هي: "الوسيلة المستخدمة في جمع البيانات أو تصنيفها وجدولتها"<sup>1</sup>، ويتم عادة تحديد الأداة أو الأدوات اللازمة لجمع البيانات في مرحلة إعداد تصميم البحث، في ضوء الأهداف والبيانات المتاحة، ومدى ملائمة هذه الأدوات لدراسة المشكلة موضوع البحث بالإضافة إلى مدى تحيز الباحث لاستخدام أحد الأسلوبين الكمي أو الكيفي أو الجمع بين الأسلوبين بهدف زيادة توضيح الرؤية وتعميق النظرة الشمولية، الأمر الذي يساعد على دقة التحليل وضبط التفسير،<sup>2</sup> وعليه تماشيا مع طبيعة الدراسة والهدف منها وايضا المنهج الوصفي المتبع فقد اعتمدنا في دراستنا على عدة أدوات مختلفة وهي: المقابلة، الملاحظة، الاستمارة.

1- خالد حامد، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية، جسور للنشر والتوزيع، الجزائر، 2006، ص 130.  
2- طلعت إبراهيم لطفى، أساليب وأدوات البحث الاجتماعي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1990، ص 75.

## 2-1 المقابلة:

هي عبارة عن محادثة موجهة بين الباحث وشخص أو أشخاص آخرين بهدف الوصول إلى حقيقة أو موقف معين يسعى الباحث لعرفته من أجل تحقيق أهداف الدراسة. ومن الأهداف الأساسية للمقابلة تعرف على ملامح أو مشاعر أو تصرفات المبحوثين في مواقف معينة<sup>1</sup> من خلال طرح أسئلة تهدف إلى إيضاح الحقائق وتشخيص المعلومات بربط العلاقة بين المتغيرات<sup>2</sup>، وينظر للمقابلة على أنها عملية اجتماعية صرفة لأنها تحدث بين الباحث الذي يجمع المعلومات ويصفها ، والمبحوث الذي يدلي بهذه المعلومات وهو يجيب على الأسئلة، لذلك يختص استعمال أداة المقابلة على الأبحاث الميدانية التي تهدف إلى جمع المعلومات الأصلية من وحدات البحث والتي لا يمكن معرفتها دون النزول إلى واقع المبحوث والاطلاع على ظروفه المختلفة والعوامل والقوى التي تؤثر فيه إضافة إلى التعرف على طبيعة حياته النفسية و القيمة والمثالية.<sup>3</sup>

هناك أنواع متعددة من المقابلات ويمكن تصنيفها على أكثر من أساس، فيمكن تصنيفها تبعاً لعدد المبحوثين فردية أو جماعية، أو على أساس نوعية الأسئلة التي تتضمنها مقابلات حرة أو مقننة ومقابلات مقيدة مقننة.<sup>4</sup>

تم اختيار المقابلة كتقنية ثانوية مكملة لتقنية الاستمارة والتأكد من نتائجها وخاصة الجانب المتعلق بالعلاقات مع المهنيين والخدمة الصحية وظروف توزيع المهام وعملية أدائها، وتماشياً مع المنهج المستخدم وللإلمام من جانب آخر بموضوع الدراسة فقد اعتمدت الباحثة على نوعين من المقابلة، تمثلت الأولى في المقابلة الغير المقننة حيث يتسم هذا النوع من المقابلات بالمرونة التي تسمح بطرح اسئلة لم يجهز لها الباحث قبل البدء بالمقابلة، كما انها تشترط وجود أدوات معينة كالاستمارة المقابلة او دليل المقابلة كما هو الحال في الانواع الاخرى من المقابلات<sup>5</sup>، ويعد هذا النوع من المقابلة من بين أدوات جمع البيانات التي كثيراً ما يستخدمها الباحث في الدراسات الاستطلاعية والاستكشافية، وقد تم الاعتماد عليها وتوظيفها كأداة مساعدة في المرحلة الاستطلاعية للدراسة، وذلك نظراً لفائدتها في اثناء رصد البحث بالكثير من المعلومات والقضايا التي كانت خفية اثناء البحث النظري، وايضا لتميزها - كما سبق

1- محمد عبيدات و آخرون، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، ط1، دار وائل للنشر ، عمان، 1999، ص 55  
 2- مروان عبد المجيد إبراهيم، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، ط1، مؤسسة الوراق، عمان، 2002، ص 171.  
 3- صالح بن نوار، مبادئ في منهجية العلوم الاجتماعية والإنسانية، مرجع سابق، ص 180.  
 4- طلعت إبراهيم ، أساليب وأدوات البحث الاجتماعي مرجع سابق، ص 67.  
 5- سالم سالم ، البحث الاجتماعي الاساليب ومناهج الاحصاء، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2012، ص 178.

القول- بعدم التخطيط المسبق ودون اي ضابط يضبط الحوارات والنقاشات التي يفتحها البحث اي ان الباحث الاجتماعي يجريها للحصول على بيانات عن الموضوع لا يعرف عنها سوى القليل ومن ثم فإنه لا يستطيع ان يسأل اسئلة مقللة فيستخدم هذه الاداة ايضا للحصول على تفاصيل اكثر لا يمكن الحصول عليها من خلال اسئلة الاستبيان المعتادة<sup>1</sup>، وقد تم توظيف هذا النوع من المقابلة مع بعض الاطباء والمرضى والسكرتير .

كما اعتمدت الباحثة ايضا على المقابلة الشبه المقننة، والتي تعني بها تلك المقابلات التي يتم توجيهها بناء على اسئلة استرشادية اعددها الباحث لهذا الغرض ويتطلب هذا النوع من المقابلات اعداد دليل مقابلة ليوجه الباحث خلال اجراء المقابلة لأخذ المعلومات التي ينبغي الحصول عليها، وقد اطلق عليها شبه مقننة لأنها تعتمد على اسئلة مسبقة ولكن هذه الاسئلة من النمط المفتوح بحيث تعطي نمطا من الحرية للمبحوث في الاجابة عليها دون التقيد باختيارات معينة، كما هو الحال في المقابلة الشبه المقننة<sup>2</sup> وعليه تم توظيف هذا النوع من المقابلة من اجل جمع بعض المعلومات من عينة الدراسة مع مسؤولي المصالح حيث سمحت لنا الفرصة في هذا الإطار مقابلة كل من مع كل رؤساء المصالح (أستاذ رئيس المصلحة ،ورئيس المصلحة ) التي كانت كآلاتي جراحة أطفال وجراحة نساء وطب باطني نساء وطب اطفال ومصحة الحروق و الاستجالات وقد تم إجراء المقابلات كآلاتي:

- واجريت المقابلة الاولى مع رئيسة مصلحة جراحة نساء اما الاستاذ رئيس المصلحة فتعذر علينا اجراء المقابلة معه لأنه كان في عطلة.
- اما في مصلحة جراحة اطفال فقد اجريت مقابلة مع كل من الاستاذ رئيس المصلحة ورئيس المصلحة - اما مصلحة طب باطني نساء فقد اجريت مع الاستاذ رئيس المصلحة رئيسة المصلحة، وتعذر علينا اجرائها مع الاستاذة رئيسة المصلحة
- اما مصلحة الاستجالات فقد تم مع رئيس المصلحة وتعذر علينا مع الاستاذ رئيس المصلحة لكثرة انشغالاته.

وكذلك تم إجرائها مع المرضى فيما يخص المصالح التي تعالج الكبار اما مصالح الاطفال وجراحة الاطفال فقد تمت المقابلة مع الامهات الماكثات مع اولادهم، اما فيما يخص اختيار المستجوبين فقد تم

<sup>1</sup>- محمد الجوهري ، عبد الله الخريجي، طرق البحث الاجتماعي، ط5، دار المعرفة الجامعية، الأزريطية، 1998، ص34.  
<sup>2</sup>- سالم سالم، مرجع سابق، ص 178.

حسب الاشخاص الذين يمكنهم التحدث بطلاقة بغض النظر عن المستوى الدراسي لهم وقد استعنا في ذلك بالمرضات العاملات في المصالح وقد سهل ذلك لنا القيام بالمقابلات ،وقمنا بتحديد مجموعة من المواضيع والتي تستجيب لجزء مهم من الدراسة خاصة المتعلق بالاستشفاء والعلاقات والاتصال فكانت المواضيع كما هو مبين في الملحق رقم

وقد تم إجراء المقابلات مع المرضى ورؤساء في الفترة المسائية وذلك تقاديا لأي إزعاج من المهنيين او المترصين وقد كانت الظروف التي اجريت فيها المقابلات جيدة ولم يكن هناك عائق او مشكل مع ممارسي السلطة على غرار المرضى الذين كانوا في البداية قد تخوفوا عن التحدث وذلك لارتدائي المنزر ضنا منه اني انتمي للمستشفى، أما فيما يخص تسجيل المقابلات فقد تقبل ممارسي الصحة تسجيل الحديث على غرار المرضى الذين ارتاحوا اكثر لتقنية الكتابة.

## 2-2-الملاحظة:

تعد الملاحظة من بين وسائل جمع البيانات في الدراسات الاجتماعية تكشف فيها عن العديد من الأشياء التي يمكن جدا أن لا نتمكن من الوصول إليها دون استخدامها وتعرف بأنها المشاهدة الدقيقة لظاهرة ما، مع الاستعانة بأساليب البحث والدراسة التي تتلاءم مع طبيعة هذه الظاهرة<sup>1</sup>، وقد تم الاعتماد على الملاحظة في المؤسسة الاستشفائية حيث تم تقصي المباشر لمحل الدراسة بغرض جمع ملاحظات بطريقة غير موجهة بغرض جمع مشاهدات تمثل معلومات كيفية نستعملها في فهم المواقف والسلوكيات، ولكن تم إجراء هذه التقنية بطريقة مستترة أي دون أن يدري الاشخاص الملاحظين انهم محل الملاحظة، وتم تسجيل الملاحظات تسجيل متكرر منظم في دفتر المشاهدات بعد تحديد الخطوات الرئيسية للملاحظة التي حددها موريس فيما يلي:

- تحديد مجال الملاحظة (مكان وزمان الملاحظة) ويخضع الاختيار وفقا لأهداف الدراسة التي قد يكون قد صاغها من قبل
- تفكير في أسلوب مهذب لتسجيل ملاحظاته بطريقة منظمة، ومن المفيد في الكثير من الأحيان أن يعد الباحث أوراقا يدون فيها ملاحظاته وذلك قبل النزول إلى الميدان

<sup>1</sup>- طلعت ابراهيم، أساليب وأدوات البحث الاجتماعي ، مرجع سابق ، ص 76.

- يحاول الملاحظون القائمون بالملاحظة المتخصصة أن يختلطوا بالآخرين كما لو كانوا تابعين للجماعات التي يلاحظونها على ألا يؤثر وجودهم على أنماط التفاعل داخل الجماعة، وفي بعض الأحيان يشترك الباحثون في الأنشطة ليتعرف على المعنى الذي تحمله هذه الأنشطة بالنسبة للأفراد الذين يدرسه<sup>1</sup>.

تتطلب الملاحظة في عين المكان عادة إضافات، وذلك لان بعض المعلومات لا يمكن رؤيتها مباشرة لذا وزيادة على قيامنا بالملاحظة نستعين بالمقابلة والتبادلات غير رسمية أو بمطالعة الوثائق ولا بد من التذكر هنا أن هذه التقنيات الأخرى لا ينبغي أن تحل محل الملاحظة بل يستعان بها فقط كمكمل عند الضرورة لان تطبيق تقنية الملاحظة يتطلب التقليل إلى أقصى حد ممكن من تدخل الباحث أو الباحثة.<sup>2</sup>

### 2-3 الاستمارة:

وبعد الاطلاع على ادبيات الدراسة والدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع، تم اختيار استمارة التي تعرف بأنها: "أداة علمية تبنى وفق مراحل علمية تكتسب عبرها صدقها وثباتها ، وتشمل بنودها على إمكانية قياس فرضيات البحث وتحديد العلاقات بين المتغيرات"<sup>3</sup> ، كأداة اساسية ورئيسية لجمع البيانات اللازمة للدراسة الميدانية ، وهذا تماشيا مع المنهج الوصفي المتبع من جهة ،على اساس ان لكل منهج مجموعة من الادوات لجمع البيانات الميدانية ومن جانب اخر تماشيا مع الهدف من الدراسة ، والذي سنبحث عن تحقيقه من خلال هذه الأداة بتجميع البيانات ذات الصلة بمشكلة البحث عن طريق ما يدلي به المبحوثين في اجابتهم على الاسئلة التي تتضمنها الاستمارة، وهذه الاسئلة وهي عبارة عن أسئلة معدة بطريقة منهجية يقدمها الباحث للمبحوثين ،اذ تمثل الاطار الكمي لبيانات البحث و الهدف منها هو الحصول على بيانات تساعدنا على فهم العلاقة بين توزيع السلطة وجودة الخدمات الصحية وقد تمت الاستمارة مع الطبيين وشبه الطبيين في المستشفى الذين يقدمون سواء التشخيص الاكلينيكي وشبه الاكلينيكي والعلاج للمرضى واستثنينا الذين يعملون بصفة غير مباشرة مع العلاج كالأمانة الطبية والمساعدات الاجتماعية.

<sup>1</sup>- محمد الجوهري، مرجع سابق، ص11،12.

<sup>2</sup>- موريس انجرس ، تر: بوزيد صحراوي واخرين، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، ط2، دار القصة للنشر ، الجزائر، 2004، ص

242.

<sup>3</sup>- صالح بن نوار، مبادئ في منهجية العلوم الاجتماعية والإنسانية، مرجع سابق، ص 198.

واحتوى الاستبيان على اسئلة مغلقة ونصف مفتوحة ومفتوحة، وهي على صلة وثيقة بالتساؤل الرئيسي والفرضيات بل هي تهدف للإجابة عليها، اذ كنت اسعى من خلال هذه التقنية الى جمع بيانات كمية تتخذ من التحليل الاحصائي مرتكزا لتفسير الظاهرة من اجابات المستجوبين والتي سوف ادعمها بالمقابلات والملاحظة .

اما شكل الاسئلة في الاستمارة وانطلاقا من وعيننا لما لهذا الامر من اهمية كبيرة في تحديد نوعية البيانات التي يمكن الحصول عليها ومن ثمة مدى دقتها ومستوى تحليلها فإننا ارتأينا ان تكون متنوعة سواء من حيث طريقة توجيهها او التحكم فيها ،حيث تراوحت في طريقة التوجيه بين المباشر وذلك في اسئلة المتعلقة بالبيانات الموضوعية عن المبحوثين وغير مباشرة فيما يخص الجوانب التي تعد مؤشرات للموضوع او المحور المعالج ، اما من حيث التحكم في الاسئلة فسيطرة الاسئلة المغلقة (المقيدة) حيث حددت سلفا الاختيارات للمبحوثين مثل (نعم) او (لا) ، كما تضمنت الاستمارة اسئلة مركبة حددت فيها للمبحوث خيارات للإجابات مع ترك المجال له بان يقدم اجابات غير محددة بإضافة صيغة "أخرى تذكر" مما يسمح للمبحوثين بإدلاء رأيه خارج الاجابات المحددة سلفا، كما تضمنت الاستمارة اسئلة مفتوحة لكنها قليلة لأننا اعتمدنا على المقابلة التي كانت اسئلتها مفتوحة لتوضيح وتدعيم الاجابات .

أما صياغة الاسئلة فقد راعيت فيها ما يلي:

- ان تكون الاسئلة محددة ودقيقة وان تتضمن البيانات المتصلة اتصالا وثيقا بغرض البحث واهدافه.

- الابتعاد عن الاسئلة التي تثير الحساسية لدى المبحوث وتضعف الثقة بينه وبين الباحث وتمنع المبحوث من الادلاء بالبيانات الواقعية.

- كما روعي ايضا تدرج الاسئلة وتسلسلها منطقيا من اجل اثاره اهتمام افراد العينة وتنظيم افكارهم.

وقد استغرق بناء الاستمارة وقتا معتبرا من زمن البحث، حيث مرت قبل صياغتها النهائية بعدة مراحل نوردها في المحطات التالية:



أ- **مرحلة اعداد وتصميم الاداة:** لقد افادت الزيارات الاستطلاعية التي قامت بها الباحثة في تكوين خلفية عن مجتمع البحث من جهة وفي تشكيل اطار موضوعي واعطاء نموذج تصوري ميداني ساعد الباحثة في تصميم استمارة الاستبيان، وتحديد طبيعة الاسئلة وكيفية صياغتها من جهة اخرى وبعدها تم تصميم الاولى للاستمارة ثم عرضها على الاساتذة المشرفة التي ابدت بعض الملاحظات المتعلقة بتعديل اسئلة بعض المحاور وازافة اخرى، وفي ذات المرحلة افادت بضرورة استشارة اساتذة ذوي خبرة في ميادين المنهجية وتقنيات البحث لتحكيمها والاستفادة من الملاحظات التي يبديونها. وبعد استعادة ردود المحكمين الذين انصبت اغلب ملاحظاتهم حول طول الاستمارة وتقديم وتأخير بعض الاسئلة، كما طلب تعديلها في بعض جوانبها، وبناء على الملاحظات المقدمة من قبل الاساتذة المحكمين تم التعديل وفقا لمقترحاتهم، وفي ضوء متطلبات الدراسة تم ضبط الشكل النهائي للاستمارة في ضوء ما سبق

ب- **مرحلة التجريب:** قامت الباحثة في هذه المرحلة تم تجربة الاستمارة بعد تعديلها الاول على عينة مصغرة بلغ عدد مفرداتها 12 مفردة (جراحين، مختصين، مقيمين، عاميين، وداخليين، وممرضين) والهدف من هذه التجربة هو مواجهة ايه عيوب سواء فيما يخض تصميمها من حيث طول الاسئلة او قصرها، ووضوحها او غموضها وكذلك لضمان عدم وجود اي اسئلة تحمل أكثر من معني او مبهمه.

ت- **الصياغة النهائية:** وهنا تم ضبط الاستمارة في شكلها النهائي بعد عرضها على المحكمين وتجربتها ولقد تضمنت اسئلة الاستمارة .... موزعة على خمسة محاور كالاتي:

- **المحور الاول:** يتعلق بالبيانات الشخصية والتي تبين الخصائص عينة الدراسة
- **المحور الثاني الذي يبحث في الفرضية الأولى:** إن مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار يعزز من قدرتهم على التأمين الفعال للخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (توسيع دائرة المشاركة والمشاورة في عملية اتخاذ القرار، تفويض السلطة بين ممارسي الصحة)
- **المحور الثالث الذي يبحث في الفرضية الثانية:** إن تقسيم العاملين وفق معايير موضوعية يفعل على نحو امثل أداء الموارد البشرية وينميتها في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (حجم وتوقيت العمل وكيفية أدائه، العدالة في التقسيم).
- **المحور الرابع الذي يبحث في الفرضية الثالثة:** إن تفعيل الاتصال في المؤسسة يساعد العاملين على التكفل بشكل أحسن بالخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (وقت وصول المعلومة ودقتها، الوسيلة الاتصالية المتبعة، طبيعة العلاقة بين الممارسين لصحة).

ث- **مرحلة تطبيق استمارة الاستمارة:** بعد التأكد من صيغة الاستمارة بالشكل المطلوب والتدقيق في محتوياتها وصحة بياناتها ومراجعتها قامت الباحثة بتوزيع وقمنا بتطبيق الاستمارة دون مقابلة نتيجة لجملة من المعوقات التي اعترضت الباحثة فيما يخص تجاوب المبحوثين واستنادا الى المبررات التالية:

- اعطاء الوقت الكافي للمبحوثين للإجابة وبدون اي ضغوط.
- ضمان مصداقية ادلاءات او اجاباته لاحتواء الاستمارة على اسئلة توضح العلاقات فيما بين المبحوثين.

### III. عينة الدراسة:

بعد اختيار الباحث مشكلة البحث وصياغتها بدقة وبعد تحديد مصادر البيانات المطلوبة للدراسة يحاول الباحث بعد ذلك تحديد نطاق مصدر البيانات، ويطلق على جميع وحدات التحليل الداخلة في نطاق البحث جمهور الباحث، وقد يحاول الباحث جمع البيانات من جميع مفردات الظاهرة ولكن عند تجانس مجتمع البحث يتم اختيار عينة من مجتمع البحث يتم اختيارها بأسلوب معين بما يخدم ويتناسب مع هدف الدراسة.

#### 1- تحديد جمهور البحث:

وقد تم في دراستنا **تحديد جمهور البحث** في الطبيين وشبه الطبيين في المستشفى الذين يقدمون سواء التشخيص الاكلينيكي وشبه الاكلينيكي والعلاج للمرضى واستثنينا الذين يعملون بصفة غير مباشرة مع العلاج كالأمانة الطبية والمساعدات الاجتماعية.

وقد تم اختيار مصالح العمل من خلال التقسيمات السابقة لمصالح المؤسسة الاستشفائية التي تم تقسيمها من حيث دورها الوظيفي إلى ثلاث مصالح وهي:

- مصالح ذات تخصص جراحي (جراحة الأطفال، جراحة نساء، مصلحة الحروق )
- مصالح ذات تخصص طبي (طب القلب، طب الكلى، طب أطفال طب نساء)
- مصالح ذات تشخيص شبه الاكلينيكي(الأشعة)

وقد قمنا باختيار هذه المصالح الأساسية التي شكلت العينة الأساسية للدراسة بطريقة قصدية لأنها مصالح هامة داخل المستشفى ، وتم أيضا أثناء الاختيار مراعاة عامل حيوية هذه المصالح بالنسبة لأي مستشفى ، وحتى بالنسبة للسلطات التي تقوم على عمل هذه المصالح (السلطة الإدارية والسلطة الطبية)

، بما يؤدي إلى وجودهما معا على رأس هذه الأخيرة، وكذا عامل تنوع النشاطات الطبية من مصلحة إلى أخرى، بما قد يعمل على إثراء نتائج الدراسة التطبيقية أكثر ، وأخيرا عامل الارتباط الموجود بين عمل هذه المصالح في المستشفى ، والتكامل القائم بين نشاطاتها خدمة للمريض داخل وخارج المستشفى.

## 2- نوع العينة وطريقة السحب:

فقد كان غير عشوائية غير انه في البداية قد كان المقرر العمل بالعينة العشوائية (طبقية) على اساس ان يكون هناك تكافؤ الفرص لكل مفردات العينة ان يكونوا ضمن العينة لكن صعوبة الحصول على مفردات البحث وقائمة ممارسي الصحة لاعتبارها من خصوصية المصلحة حال بذلك لننتقل الى العينة غير عشوائية (الحصصية) وتم تقسيم حصصها على أساس حصص هي كالآتي: الأطباء الجراحين، الأطباء المختصين، الأطباء المقيمين، الأطباء العامين، الأطباء الداخليين، والممرضين اما سحب العينة فقد كان عرضي تارة قصدي تارة أخرى.

## 3- خصائص العينة:

### جدول يبين رقم (21) يبين النوع الاجتماعي للمبحوثين:

الرتبة	جراح		مختص		مقيم		عام		داخلي		مج ج		المرمضين		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
ذكر	4	80%	1	17%	4	50%	1	17%	4	33%	14	38%	13	25%	27	31%
أنثى	1	20%	5	83%	4	50%	5	83%	8	67%	23	62%	38	75%	61	69%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	5	100%	88	100%

من خلال معطيات الجدول أعلاه نلاحظ أن جل أفراد عينة الدراسة هم من فئة الإناث سواء في سلك الطبي أو الشبه طبي، ويرجع هذا الى ان فرع الطب يتطلب معدلات عليا، وما هو واضح في الآونة الأخيرة هو تفوق الإناث في الدراسة على حساب الذكور وهذا من جهة ومن جهة اخر يعتبر تخصص الطب من التخصصات طويلة الامد ولهذا يبتعد عنه الذكور لأنهم يبحثون عن بناء حياة مستقلة في زمن معتبر، بالإضافة الى تفضيل النساء في المجتمع الجزائري وميلهم للعمل في التعليم او في ميدان الصحة.

## جدول رقم (22) يبين الحالة الاجتماعية للمبحوثين:

الرتبة		مجم ج		داخلي		عام		مقيم		مختص		جراح		التكرار % الاحتمالات
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
اعزب	0	0%	0	11%	29%	2%	33%	3%	38%	0%	0%	0%	0%	31
متزوج	5	100%	35	1%	69%	4%	67%	5%	63%	5%	83%	5%	100%	55
مطلق/ارمل	0	0%	1	0%	3%	0%	0%	0%	0%	1%	17%	0%	0%	2
المجموع	5	100%	51	100%	100%	100%	100%	100%	100%	6	100%	6	100%	88

من خلال إجابات اعلاه نلاحظ أن اغلب المبحوثين متزوجون بنسبة 63% لدى السلكيين الطبي والشبه الطبي، بينما توجد فئة كانت نسب إجابتها عكس باقي الفئات وهي فئة الداخلي حيث صرحوا بنسبة 92% بأنهم غير متزوجون، ويعزى هذا لأنهم في مرحلة الدراسة الأولية وغير جاهزين للزواج ماديا.

## جدول رقم (23) يبين المستوى التعليمي للمبحوثين:

السلك		السلك الطبي		السلك الشبه الطبي		التكرار % الاحتمالات
ك	%	ك	%	ك	%	
متوسط	10	0%	0	20%	10	11%
ثانوي	19	0%	0	37%	19	22%
بكالوريا	13	0%	0	25%	13	15%
جامعي	9	100%	37	18%	9	52%
مجم	51	100%	37	100%	51	100%

من خلال تصريحات الجدول أعلاه نلاحظ ان جل المبحوثين من فئة السلك الطبي جامعيين بطبيعة الأمر، أما السلك الشبه الطبي فقد صرح اغلب المبحوثين بنسبة 37% بأنهم ذو مستوى ثانوي، وتأتي بعدها انهم متحصلون على شهادة البكالوريا بنسبة 25% لتليها نسبة 20 % متوسط والتي تمثل الفئة القديمة ، لأنه لا يتكون حاليا الا ذوي شهادة بكالوريا للشهادة دولة والثانية او الثالثة ثانوي لذوي الاعوان وهذا ما يفسر وجود النسبة الثالثة لذوي مستوى البكالوريا.

## جدول رقم (24) يبين الاقدمية لمفردات العينة:

مج ك		المرضى		مج ج		داخلي		عام		مقيم		مختص		جراح		الرتبة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	التكرار % الاحتمالات
68%	62	54%	29	89%	33	100%	12	83%	5	100%	8	100%	6	40%	2	اقل من 10
26%	24	37%	20	11%	4	0%	0	17%	1	0%	0	0%	0	60%	3	من 10-20
5%	5	9%	5	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	اكثر من 20
100%	91	100%	54	100%	37	100%	12	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5	المجموع

من خلال الجدول المبين اعلاه نلاحظ ان اغلب المبحوثين من السلكين صرحوا لان اقدمهم اقل من عشر سنوات بنسبة قدرت ب68% لتليها نسبة 26% والتي مثلت احتمال من 10-20، لتليها نسبة 5% التي صرحت ان لها اقدمية اكثر من 20 سنة وهذا الاحتمال مثلته السلك الشبه طبي فقط.

## ثانيا - تفرغ الجداول وتحليلها:

## 1. بيانات حول الفرضية الأولى:

" ان مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار يعزز من قدرتهم على التأمين الفعال للخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (توسيع دائرة المشاركة في عملية اتخاذ القرار، الاستشارة، تفويض السلطة بين ممارسي الصحة)"

## - جدول رقم (25) يبين من يقوم بإعداد برنامج العمل للمبحوثين:

مج ك		السلك الشبه طبي		مج ج		داخلي		عام		المقيم		المختص		الجراح		الرتبة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	التكرار % الاحتمالات
27%	25	4%	2	54%	23	50%	6	50%	5	50%	3	83%	5	40%	2	الأستاذ رئيس المصلحة
44%	41	80%	41	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	رئيس المصلحة
20%	19	14%	7	28%	12	42%	5	20%	2	17%	1	17%	1	40%	2	السكرتيرة
9%	8,8	2%	1	18%	7	8%	1	30%	3	33%	2	0%	0	20%	1	الادارة
100%	94	100%	51	100%	43	100%	12	100%	10	100%	6	100%	6	100%	5	المجموع

1- اكثر من اجابة

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أعلى نسبة ممارسي الصحة في الأسلاك الطبية والمقدرة بنسبة 54% صرحوا بان الأستاذ رئيس المصلحة هو المسئول الأول والمباشر عن إعداد برنامج العمل، وهي نتيجة طبيعية لأنه المسئول المباشر في السلم السلطوي عن الاسلاك الطبية بصفة مباشرة.

أما الأسلاك الشبه الطبية فصرح أغلبهم بان رئيس المصلحة هو المسئول المباشر عن إعداد برنامج العمل والمقدرة ب 80 % ، وهي نتيجة طبيعية لان رئيس المصلحة هو المسئول المباشر عنهم بعد الأستاذ رئيس المصلحة الذي يفوض له كل السلطة والصلاحيات في تسير ممارسي الصحة من السلك الشبه الطبي، وهذا ما يتفق مع ما تم التصريح به اثناء المقابلات التي تم اجرائها مع الأساتذة رؤساء المصالح، و يفسر أيضا تصريح المقابلات النتائج الصفرية لإجابات فئة الأسلاك الطبية في احتمال رئيس المصلحة، لأن كل علاقاته معهم تندرج تحت السياق الغير الرسمي الذي تحدده طبيعة العلاقة الشخصية، وممارساته السلطوية فتتخصص على فئة الأسلاك الشبه طبية فقط .

أما احتمال السكرتير فنجد أن أكبر نسبة المصرحة بهذا لاحتمال فمثلتها كل من الأطباء المقيمين والجراحين وكانت نسبهم كالتالي: الأطباء الجراحين قدرة ب 40% والأطباء الداخليين قدرة ب 42%.

وادعم هذا بملاحظتي المباشرة : أثناء تواجدي في مكتب الاستقبال تم إجراء اتصال من طرف طبيب جراح لسكرتير المصلحة وطلب منه تغيير الجدول المبرمج للعمليات لان حالت مريضه مستعجلة ، ولتقصي الامر تم طرح أسئلة للسكرتير حول العمل وتنظيمه فصرح بانه في بعض الأحيان هو من يجري جدول العمليات لكن طبعا بعد اطلاع وموافقة الأستاذ رئيس المصلحة ،وانه يحاول إرضاء كل الجراحين أثناء إعداد قائمة المرضى ،مع تصريحه بان جدول العمليات يخضع لأولويات غير حالة المرضى منها علاقة الأطباء مع الأستاذ رئيس المصلحة ، وأيضا من هو المريض ومدى نسبة المتوسطين له، أي أن هذه القائمة متغيرة وغير ثابتة وخاضعة لاعتبارات كثيرة، هذا ما يفسر اختيار الجراحين لاحتمال السكرتير من يعد جدول العمل.

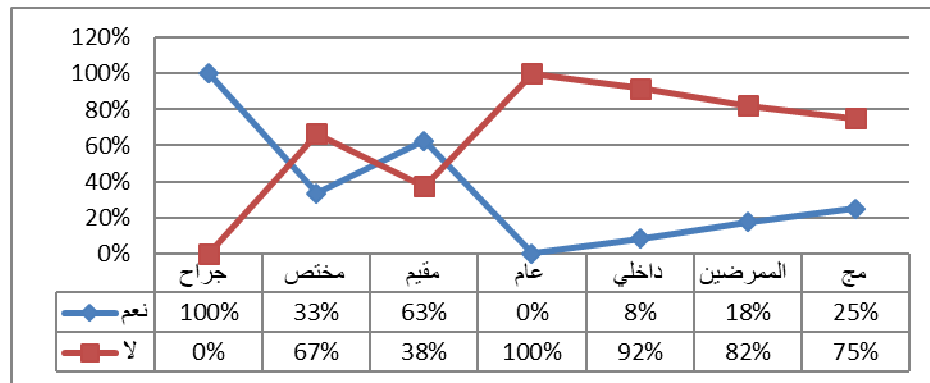
أما الأطباء الداخليين فهم كما سبق الذكر طلبة في السنة الأخيرة من تخرجهم أي سنة السابعة وهم ينتقلون بين مصالح المستشفى كل ثلاثة أشهر، وهذا ما يبرر أن الأستاذ رئيس المصلحة يفوض الصلاحية للسكرتير في إعداد جدول العمل لهم باعتبارهم فئة متعلمة متمرسة وليست ضمن نطاق العمل

الرسمي، وهنا نجد ان السكرتير يمارس سلطة غير رسمية يكتسبها من خلال تفويض الأستاذ رئيس المصلحة له، وقد أكد على ذلك الأستاذ رئيس المصلحة أثناء مقابلتنا له لكنه أكد انه يراجع الجدول ولا يتم العمل بها إلا بموافقة منه.

اما فيما يخص من صرح باحتمال اخرى تذكر فقد كانت اجاباتهم الأغلبية بأن مديرية النشاطات الطبية والشبه الطبية هي من تعد جدول المناوبات في حين صرح الأطباء الداخليين أن الجدول يعد بمساعدة طبيب عام.

من هنا نستنتج أن الإدارة العليا في المؤسسة العمومية الاستشفائية مكلفة بتسيير كل المصالح الإدارية، اما الطبية فتنتقل بعضا من صلاحياتها إلى المصالح الطبية وهنا تظهر اللامركزية في المؤسسة عبر استقلالية المصالح الاستشفائية وتمتع رؤساء المصالح بالقدرة على اتخاذ العديد من القرارات التي تخص المصلحة ، وهذا النقل للصلاحيات أو اللامركزية يكون صادرا عن النمط الإداري الذي يتبعه المسير إضافة إلى العوامل المرتبطة بالمؤسسة ككبر المؤسسة وتعدد المصالح وتشتتها جغرافيا ، وهذا ما جعل بعض صلاحيات اتخاذ القرارات تنتقل إلى رؤساء المصالح الطبية لأنه من الصعب جدا أن تقوم الإدارة بتسيير كل المؤسسة بشكل متناسق.

رسم بياني رقم (54) يبين مشاركة الباحثين في إعداد جدول العمل :



إن المشاركة هنا تشير إلى عملية وظيفية ديناميكية تتم بين طرفين هما ممارس السلطة والتابع لسلطة لوضع جدول عمل متفق عليه بين الطرفين للوصول إلى الهدف المنشود، وهذه المشاركة تؤدي إلى الاثر الجيد لممارسي الصحة على أداء عملهم وبالتالي الوصول إلى جودة الأداء، لأن ممارس الصحة هنا تكون قد تحققت له معادلة الجودة التي طرفها التوقعات والادراكات بحيث يتناسب ما هو

متوقع مع ما هو مدرك، إذن فان شارك ممارس الصحة في إعداد جدول عمله فانه يدرك بذلك ما كان متوقع وبتالي يكون راضي مما يؤدي إلى أدائه الجيد.

من خلال الرسم البياني الموضح أعلاه نلاحظ أن كل من الطبيب الجراح والمقيم والداخلي صرح أغلبيتهم بأنهم يشاركون في إعداد جدول العمل وكانت إجاباتهم كالنفس الآتية:

الجراح بنسبة قدرت ب 100% وذلك راجع لطبيعة عملهم فهم من يجب أن ينظموا جدول عملهم بأنفسهم من خلال التشاور فيما بينهم، لان مصلحة عملهم لا تمتلك قاعات مجهزة عديدة لإجراء العمل اذ تقريبا تمتلك كل مصلحة قاعة واحدة، وبتالي فان تنظيم العمل محتوم بتشاور فيما بينهم لكي يتم ترتيب موعد العمليات على حسب ما يحبون هذا من جهة ومن جهة أخرى يجب التفاهم وتناقش حول أسبقيات المريض ، والطبيب المعالج هنا هو الأعلم بحالات المريض وليس الأستاذ رئيس المصلحة أو السكرتير .

أما الطبيب المقيم فقد صرح أغلبهم أنهم يشاركون في إعداد جدول العمل وذلك من اجل مساعدتهم في التوفيق بين العمل والدراسة (وهذا ما تم تأكيده أثناء إجراء المقابلات مع الأساتذة ورؤساء الأقسام)

بينما صرح اغلب الاطباء المختصين والأطباء العامون والممرضين أنهم لا يشاركون في إعداد جدول العمل وكانت النسب كالاتي:

صرح أغلب الاطباء المختصين بنسبة 67% بأنهم لا يشاركون في انجاز جدول العمل، برغم من أن هذه الفئة تعتبر فئة مسيطرة لكن جدول عملها تقريبا واضح ولا يحتاج أي مشاركة بما أن لهم جميعا مناوبتين ليلية ونهارية مجبرين على أدائها (من الناحية القانونية) أي ليست لهم الاختيار بين المناوبتين عكس الممرضين، لذا فانهم يعتبرون المشاركة غير مهمة لأنهم لا يحاسبون والجدول مجرد حبر على ورق ويأتون عندما تستدعي الضرورة و جدول عملهم لا يكون إلا صباحا ( وهذا ما لاحظناه أثناء إجراء الدراسة الميدانية كنت عندما اذهب في المساء لا أجد الأطباء ويقال لي تعالي في الصباح أحسن لأنه في المساء لا يوجد الأطباء اغلبهم يخرجون، وغير مطالبين بتسجيل الدخول والخروج عكس البقية)

أما الأطباء العامون فقد صرحوا بنسبة قدرة ب 100 % بأنهم لا يشاركون في إعداد جدول العمل وهذا راجع لكثرة عددهم وطبيعة عملهم التي تكون في اغلب الأحيان بمصلحة الاستعجالات وباعتبارهم ايضا تابعين لسلطة أكثر من مالكين لسلطة، ونفس الحال بنسبة للأطباء الداخليين الذين صرح أغلبهم



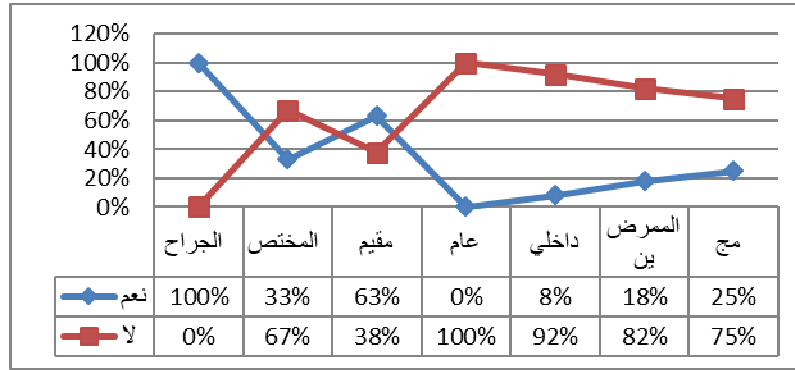
بنسبة 92% بأنهم لا يشاركون في إعداد جدول العمل لتقليلهم الدائم بين المصالح ولاعتبارهم طلبة متربصين، وبهذا لا يعطى لهم أهمية للمشاركة فهم تابعين مجبرين على التأقلم لأنهم قيد دراسة.

في حين صرح اغلب المبحوثين من السلك الشبه الطبي بنسبة 75% بأنهم لا يشاركون في إعداد جدول العمل، وهذا عكس ما صرح به كل رؤساء المصالح حيث صرحوا بأنهم يشاركون الممرضين في إعداد جدول العمل وان لهم حرية الاختيار في العمل الليلي أو النهاري، وفي هذا السياق أثناء إجراء مقابلة مع رئيس المصلحة صرح بأنه: "عند إعدادي لجدول المناوبة أقوم بإشراك الممرضين وبناء جدول متفق عليه، بشرط أن يؤدي ذلك التقسيم بين الممرضين إلى أداء العمل وعدم وجود نقص، وأفضل أن ينقسموا إلى ممرضين مناوبين في نهار دائمين وممرضين في الليل دائمين، لكي يتأقلم كل منهم على العمل بتلك الظروف ومع الأشخاص في تلك الفترة، و عندنا المناوبة النهارية والليلية ليست إجباراً بل بالاختيار، إلا في الحالات الطارئة تصبح إجباراً على كل ممرض موجود في المصلحة....".

وقد لاحظنا ما يدعم قول الممرضين أنهم لا يشاركون في إعداد جدول العمل أثناء توزيع الاستمارات في احد المصالح المجرى عليها الدراسة " عندما طلبت من رئيسة المصلحة أن تساعدني في تعرف على الممرضين باعتبارها المسؤول المباشر عليهم كانت ردت فعلها و تعابير وجهها تدل على وجود خلاف بينها وبين بعض الممرضين، وبعد مدة اكتشفت وجود حلفين حلف مؤيد للرئيسة وحلف منقسم عنها متكئ مشكلاً جماعة غير رسمية تربطهم علاقات شخصية، فقامت بإجراء مقابلة جماعية معهم بغرض التحوار لجلب المعلومات ومن بين ما دار في هذا الحوار المشاركة في اعداد جدول العمل، حيث صرحت إحداهن (س) بوجود مشكل المناوبات الليلية وأن هناك محاباة ومحسوبية في توزيعها، وبأن المبحوثة (س) توجهت إلى الاستاذ رئيس المصلحة حول هذا المشكل لكنه لم يرد أن يستمع إليها.

من خلال نتائج السابقة نتوصل إلى أن اغلب المبحوثين صرحوا بأنهم لا يشاركون في أداء جدول العمل، وبالتالي لم يتحقق ما يرغبون به مع ما هو مدرك ان لم تتحقق لهم الجودة، ولكن قد تتحقق إذا كان رؤساء المصالح يقبلون المناقشة بما أنهم لا يشاركونهم في أداء جدول العمل وهذا ما سوف نتطرق له في الشكل الموالي.

شكل رقم (55) يبين قابلية جدول المناوبات للمناقشة:



من الشكل أعلاه نلاحظ أن هناك فئتين صرحوا بأن جدول العمل قابل للمناقشة هاتين الفئتين هما الطبيب الجراح والطبيب المقيم، حيث صرح كل الجراحيين بأن جدول عملهم قابل للمناقشة بينما صرح الطبيب المقيم بنسبة تفوق النصف قدرت ب 63% أن جدول مناقشتهم قابل للمناقشة.

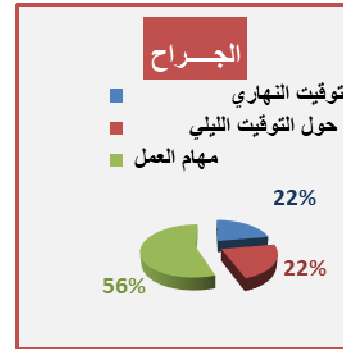
بينما صرح باقي الفئات بأن جدول عملهم غير قابل لنقاش، حيث صرح كل من الاطباء المختصين بنسبة 67% والأطباء العاميين بنسبة 100%، والممرضين بنسبة 82%.

حسب إجابات التابعين فإن مناقشتهم في الغالب تكون في الجماعات غير رسمية لأنها المتنافس الوحيد للمناقشة في القرارات الخاصة بالعمل، وأكد البعض أن المناقشة لا تكون بنسبة عالية للخوف من سلطة التحالفات لان البعض يرى انه من الممكن أن الرئيس قد يعرف مناقشته بعض القضايا التي تمس شخصيته، وبالتالي تؤثر هذه المناقشات بصفة سلبية على مردوديته في حين قد تكون المناقشة عبارة عن جسر وسيط بين الرئيس والمرؤوس أي بوجود من يخدم سلطة الرئيس أكثر.

الأشكال التالية تبين حول ماذا تركز كل فئة أثناء مناقشتها لجدول العمل:

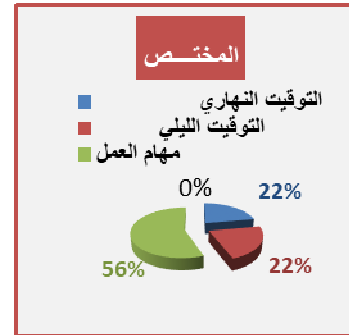
رسم بياني رقم ( 56 ) يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الاطباء الجراحين :

من خلال الشكل البياني الخاص بالأطباء الجراحين نلاحظ أن اغلبهم صرحوا بأنهم يناقشون مع رئيسهم المباشر بدرجة الأولى مهام العمل والتي قدرت ب 56%، أما التوقيت النهاري والليلي فقد كانت نسبة تصريحهم بمناقشتها متوازية وقد قدرت بنسبة 22% من مجموع إجاباتهم.



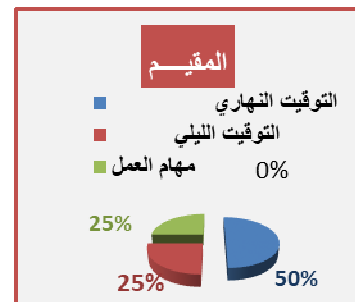
رسم بياني رقم (57) يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الاطباء المختصين:

من خلال الشكل البياني الخاص بالأطباء المختصين نلاحظ أن اغلبهم صرحوا بأنهم يناقشون مع رئيسهم المباشر بدرجة الأولى مهام العمل والتي قدرت ب 56%، أما التوقيت النهاري والليلي فقد كانت نسبة تصريحهم بمناقشتها متوازية وقد قدرت بنسبة 22% من مجموع إجاباتهم.



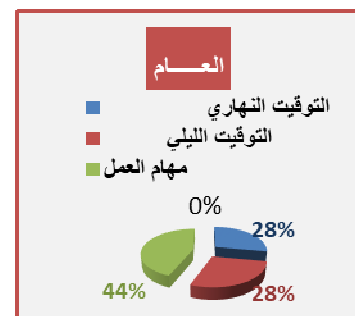
رسم بياني رقم (58) يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الاطباء المقيمين:

من خلال الشكل البياني الخاص بالأطباء المقيمين نلاحظ أن اغلبهم صرحوا بأنهم يناقشون مع رئيسهم المباشر بدرجة الأولى توقيت النهاري والتي قدرت ب 50%، أما التوقيت الليلي ومهام العمل فقد كانت نسبة تصريحهم بمناقشتها متوازية وقد قدرت بنسبة 25% من مجموع إجاباتهم.



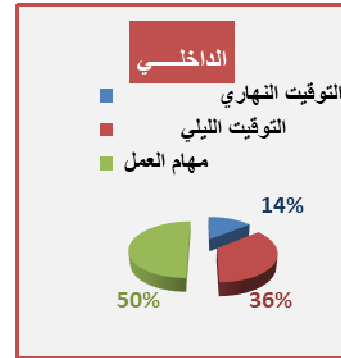
رسم بياني رقم ( 59 ) يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الاطباء العامون:

من خلال الشكل البياني الخاص بالأطباء العامون نلاحظ أن اغلبهم صرحوا بأنهم يناقشون مع رئيسهم المباشر بدرجة الأولى مهام العمل والتي قدرت ب 44%، أما التوقيت النهاري والليلي فقد كانت نسبة تصريحهم بمناقشتها متوازية وقد قدرت بنسبة 28% من مجموع إجاباتهم.



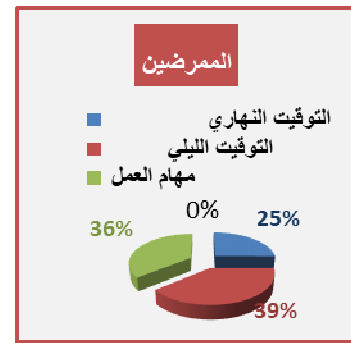
## رسم بياني رقم ( 60 ) يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الاطباء الداخليين :

من خلال الشكل البياني الخاص بالأطباء الداخليين نلاحظ أن أغلبهم صرحوا بأنهم يناقشون مع رئيسهم المباشر بدرجة الأولى مهام العمل والتي قدرت ب 50%، لتليها نسبة 36% والتي مثلت التوقيت الليلي، لتأتي بعدها نسبة 14% والتي مثلت التوقيت النهاري.



## رسم بياني رقم ( 61 ) يوضح ما يتم مناقشته في جدول العمل لفئة الممرضين :

من خلال الشكل البياني الخاص بالممرضين نلاحظ أن أغلبهم صرحوا بأنهم يناقشون مع رئيسهم المباشر بدرجة الأولى التوقيت الليلي والتي قدرت ب 39%، لتليها نسبة 36% والتي مثلت مهام العمل، لتأتي بعدها نسبة 25% والتي مثلت التوقيت النهاري.



نلاحظ من خلال الأشكال السابقة أن هناك فئتين في السلك الطبي صرحت بنسبة كاملة باختيار أن جدول مناوبتهم قابل للنقاش هي فئة الأطباء الجراحين وذلك لاعتبارهم مالكي السلطة (السلطة الفنية) في المؤسسة الاستشفائية وهم أهم فئة ولهم الحرية التامة في مناقشة جدول عملهم بما يتوافق مع ظروفهم واحتياجاتهم، و ما يدعم قولنا ما صرح به احد الجراحين اثناء اجراء حوار حول العمل حيث صرح أن البعض منهم يمتلكون عيادات خاصات أو أنهم يعملون في عيادات خاصة وعليهم التوفيق بين العمل الإضافي(قطاع خاص) و الرئيسي(المستشفى العمومي)، مع إعطاء الأولوية للعيادات الخاصة التي تتخذ نظام عمل صارم ومنظم على عكس المستشفى العمومي الذي لا يحاسب هذه الفئة ولهم الحرية التامة في العمل من حيث الزمان ، وقد صرح احد المبحوثين الجراحين انه لا يمتلك جدول عمل معين ، وهذا ما صرح به أستاذ رئيس المصلحة اثناء المقابلة الذي صرح أن الطبيب ليس له جدول عمل معين بل الجدول المنجز هو شكلي فقط وان الطبيب الجراح أو المختص يأتي متى كانت الحاجة له وأكد أنهم يلبون النداء في أي وقت ، ولقد طرح هنا الجراح إشكال أن ما يستدعيهم للنقاش هو جدول العمليات حيث لديهم غرفة عملية واحدة في كل مصلحة وكثرة المرضى هنا يحدث الإشكال بين الجراحين، وأضاف

أن المستشفى العمومي غير محفز للعمل ومحبط لأنه لا يمتلك المقومات والوسائل وابتسط شي حتى انه لا يمتلك الانترنت كأبسط مطلب في المكتب، لذا فإن الطبيب حتى وان أراد أن يتابع عمله بصفة رسمية ويبقى في المستشفى طول اليوم فان ذلك يعتبر مضيعة للوقت فيذهب لاستغلال وقته ومتى احتاجوا إليه يتصلون به .

أما الأطباء العامون فصرحوا بنسبة 100 % أن جدول عملهم غير قابل لنقاش، ومن خلال ملاحظتنا أثناء إجراء الدراسة الميدانية في المصالح المختارة لاحظنا أن الأطباء العامون معظمهم يعملون في الاستعجالات وهي شديدة التوتر والحركية على عكس المصالح الأخرى لتزاود المرضى الخارجين عليها بكثرة ، هذا ما يجعل الأستاذ رئيس المصلحة صارم في تطبيق جدول العمل لكثرة الضغوطات في المصلحة وكثرة العاملين فيها وإرضائهم صعب لان عملهم مهم جدا وعدم وجودهم يؤدي إلى اختلال وظيفي في المصلحة فهم الفئة الأكثر نشاطا ويمتد توقيت عملهم من الساعة 8 صباحا حتى الساعة 14 مساء وأي غياب غير مبرر يحاسب عليه .

أما الاطباء المختصين فقد كانت نسبة تصريحهم لقابلية مناقشة جدول العمل منخفضة جدا مقارنة بفئة الأطباء الجراحين، وهذه الإجابة تبررها طبيعة التخصص حيث أن طبيعة عمل الطبيب الجراح تختلف عن الطبيب ، المتخصص فالجراح محكوم بساعات عمل معينة تحدها العملية أما المختص فطبيعة عمله محكومة بساعات عمل معينة وتنتهي ببداية عمل الفريق المناوب، وبالتالي فالطبيب المختص ملزم بالحضور وفق جدول عمل منظم عكس الطبيب الجراح، وطبيعة المريض هي من فرضت هذا القانون الغير رسمي فنوعية المرضى في تخصصات الجراحية تختلف عن تخصصات الباطنية، حيث أن تحسن المريض بعد العملية يكون ملحوظ وتقرره نتيجة العملية ناجحة أم لا ويمكن ملاحظتها بعد العملية مباشرة ويبقى المريض تحت الملاحظة الطبية من قبل الممرضين ، على عكس المريض في التخصصات الباطنية أو المريض المحروق الذي يحتاج لمتابعة يومية وقد تطول مدة شفائه مما يجبر الطبيب المختص على البقاء جنبه عكس الطبيب الجراح، وهنا إجبارية حضورهم مهمة جدا لتقديم الخدمة الصحية للمريض بالإضافة إلى استقبالهم المرضى المحولون من الاستعجالات ومعالجتهم الانية ، لكن ما تم ملاحظته و ما هو متعارف عليه بصفة رسمية انه في المساء لا يوجد أطباء مختصين لذا من أراد العلاج فيجب حضوره في الصباح وان أتى في المساء لن يجد الطبيب المختص، وان كانت حالته تستدعي الانتظار فينصحك الطبيب العام في الاستعجالات بالقدوم غدا لكن في صباح، وان كانت حالته

مستعجلة فقد يحوله إلى عيادة خاصة بعد محاولته الوصول إلى الطبيب المختص طبعاً إن كانت المحاولة مفيدة، وهذا ما لاحظناه في مصلحة الاستعجالات من خلال ملاحظة المرضى الخارجيين أثناء إجراء الدراسة الميدانية.

ولاحظنا كذلك سيطرة الطبيب المختص على الأطباء المقيمين وأداء جانب من مهامهم بصفة جبرية نوعاً ما لاعتبارهم طلبة مقيمين بغرض التخصص، وهذا ما يفسر تصريح أغلبهم بأنهم يناقشون جدول العمل النهاري لكثرة المهام فيه وأدائهم لمهام غيرهم، في هذا السياق أثناء تواجد في احد المصالح صادفت شجار بين والد مريض(س) الذي قام بإجراء عملية وسوف يتم إخراجه لان الطبيبة سمحت بذلك لكن المريض شعر بالألم في البطن فلم يرد الوالد إخراجه وطلب حضور الطبيبة المختصة التي كانت غير متواجدة، وحاول الأطباء المقيمين الوصول إليها لكن دون جدوى وتبرر كل الحاضرين من المسؤولية.

جدول رقم (26) يبين العلاقة بين المشاركة في إعداد جدول العمل و المواظبة في العمل:

الرتبة التكرار % الاحتمالات	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرضى		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	%	
نعم	5	100%	5	83%	8	100%	5	83%	11	92%	34	92%	44	86%	78	89%
لا	0	0%	1	17%	0	0%	1	17%	1	8%	3	8%	7	14%	10	11%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

تؤكد الإحصائيات الواردة في الجدول اعلاه المتعلقة بالمشاركة في اتخاذ القرار والمواظبة على العمل، أن أغلب المبحوثين صرحوا بنسبة 89% أن مشاركتهم في اتخاذ القرارات فيما يتعلق بعملهم يزيد من مواظبتهم على العمل أي أن مشاركتهم تجعل منهم فاعلين اجابيين يحافظون على مواظبتهم على العمل ويلتزمون بتقديم الخدمة في الوقت المناسب، وهذا ما يقوي نسق أدائهم وذلك بسبب إحساسهم بان القرارات صادرة عنهم وأنهم مسؤولون عما ينجر عنها من عواقب.

جدول رقم (27) يبين أسلوب الرئيس المباشر في حل المشاكل بين ممارسي الصحة:

السلك شبه طبي		السلك الطبي											المعنى بالمشكلة	طرف المشكلة				
المرضى		مج ج اطباء		الداخلي		العام		المقيم		المختص		الجراح			التكرار %			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الاحتمالات				
		19%	7	50%	6	17%	1	0%	0	0%	0	0%	0	يتخذ القرار دون الاستماع إليك	الأستاذ رئيس المصلحة			
		81%	30	50%	6	83%	5	100%	8	100%	6	100%	5	يستمع إليك وبعد ذلك يتخذ القرار				
		100%	37	100%	12	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5	مج ج				
12%	6	19%	7	50%	6	17%	1	0%	0	0%	0	0%	0	يتخذ القرار دون الاستماع إليك	رئيس المصلحة			
88%	45	81%	30	50%	6	83%	5	100%	8	100%	6	100%	5	يستمع إليك وبعد ذلك يتخذ القرار				
100%	51	100%	37	100%	12	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5	مج ج				
22%	11	8%	3	25%	3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	يتخذ القرار دون الاستماع إليك	طبيب			
78%	40	92%	34	75%	9	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5	يستمع إليك وبعد ذلك يتخذ القرار				
100%	51	100%	37	100%	12	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5	مج ج				
16%	8	5%	2	17%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	يتخذ القرار دون الاستماع إليك	مرضى			
84%	43	95%	35	83%	10	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5	يستمع إليك وبعد ذلك يتخذ القرار				
100%	51	100%	37	100%	12	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5	مج ج				
16%	25	%13		19													يتخذ القرار دون الاستماع إليك	مج ك
84%	128												%78	129	يستمع إليك وبعد ذلك يتخذ القرار	مج ك		
100%	<sup>2</sup> 153	%100		<sup>1</sup> 148														مج

1- 148 = مج ك لإجابات المبحوثين في سلك طبي ( الجراحين ، مختصين، المقيمين، العامون، الداخليون) x عدد المتغيرات (م 1 مشكلة مع استاذ رئيس المصلحة، م 2 رئيس المصلحة ، م 3 الاطباء ، م 4 المرضى ) .

$$(4 \times 12) + (4 \times 6) + (4 \times 8) + (4 \times 6) + (4 \times 5) =$$

2- 153 = مج ك لإجابات المبحوثين في سلك شبه الطبي x عدد المتغيرات (م 1 رئيس المصلحة ، م 2 الاطباء ، م 3 المرضى )

$$3 \times 51 =$$

من بين كفايات المشاركة في صنع القرارات هي إشراك الفاعلين الذين لهم علاقة بالمشكلة لتحقيق رؤية أوسع وأشمل، وبالتالي معرفة أكبر بالظروف المحيطة بهذه المشاكل لأجل إزالة الغموض والجوانب الخفية التي قد تشكل عائقا على السير الجيد للعمل (من ناحية جودة الخدمة المقدمة) و كذلك على نفسية الممارسين للعمل (من ناحية مقدم الخدمة) لان جودة الخدمة مرتبطة بالمقدم .

من خلال النتائج في الجدول أعلاه نلاحظ أن:

كل المبحوثين (100%) من رتبة الطبيب الجراح والمختص صرحوا بان الرئيس المباشر عنهم يستمع إليهم وبعد ذلك يتخذ القرار عند حدوث خلل أو مشكل مع احد ممارسي الصحة على اختلاف رتبهم.

كل المبحوثين (100%) من رتبة الطبيب العام صرحوا بان الرئيس المباشر عنهم يستمع إليهم وبعد ذلك يتخذ القرار عند حدوث خلل أو مشكل مع احتمال الممرض والزميل، بينما كانت نسبة إجاباتهم عندما تكون المشكلة مع أستاذ رئيس المصلحة ورئيس المصلحة إلى نسبة 83%.

صرح أغلب الأطباء الداخليين بان المسئول المباشر عنهم يتحاور معهم وبعد ذلك يتخذ القرار لكن ليس بنسبة كلية لكن كانت النسب كبيرة و قدرة ب83% عندما تكون المشكلة مع الممرض، و75% عندما تكون مع الزميل، بينما تناقصت نسبة إجاباتهم عندما تكون المشكلة مع أستاذ رئيس المصلحة وعندما تكون مع رئيس المصلحة إلى النصف ويمكن تفسير هذا باعتبار أن هذين الفاعلين يعتبران مركز سلطة وممارس السلطة الأول هو الأستاذ رئيس المصلحة ، أما رئيس المصلحة لا سلطة له على الأطباء الداخليين لكن يعتبر اليد اليمنى للأستاذ وتعاملاته كثيرة معه، مما يؤدي إلى تكوين علاقات شخصية أكثر منها رسمية وبذلك قد يعير الاهتمام لرئيس المصلحة على الطبيب الداخلي.

صرح اغلب المبحوثين من السلك الشبه طبي بان رئيسهم المباشر يستمع إليهم قبل اتخاذ القرارات، وكانت النسب متقاربة نوعا ما ولم تؤثر عليها طبيعة المشكلة مع من فكانت كالآتي: 88% معه شخصا، و 78% مع طبيب مع العلم أن المسئول عن شبه الطبيين ليس له سلطة رسمية على الأطباء مما يضطره إلى التدخل وإذا لم ينفذ الأمر فانه يدخل كوسيط بينه وبين المسئول الأول الأستاذ ، وتم التصريح بنسبة 84% مع الممرض، ولقد تم حذف اختيار أستاذ رئيس المصلحة لان الرئيس المباشر للمرضين هو رئيس المصلحة بتفويض من الإدارة والأستاذ رئيس المصلحة .



في هذا السياق أثناء إجراء مقابلات مع رؤساء المصالح صرحوا بأنهم يتقنون في رؤساء المصالح ويفوضون لهم كل أمور السلك الشبه الطبي ولكن طبعا مع المراقبة ، وصرح احدهم بأنه حتى عند لجوء المريض لتقديم شكوى أو عرض مشكل فانه لا يستمع إليهم ويحولهم مباشرة إلى رئيس المصلحة، وفي نفس السياق لاحظنا وجود صراع بين مجموعة ممرضات ورئيسة المصلحة وذلك من خلال استعمال رموز تعبيرية مشفرة بينهم والواضح أنها وصف لرؤساء، ولإتمام الملاحظة طرحنا مجموعة أسئلة بهدف استكمال الملاحظة عن الوضع، وقد صرحوا بأنها تسيير المصلحة بالمحسوبية وبأن وعود الأستاذ رئيس المصلحة بحسم الأمر مجرد كلام و سبب كل هذه المشاكل هي المناوبات الليلية .

ولكن حسب إجابات اغلب المبحوثين من السلكيين الطبي والشبه طبي نستطيع أن نصنف ممارسي السلطة ( المسؤول المباشر عن ممارسي الصحة ) وفق للأنواع التي سبق ذكرها في الجانب النظري وفق الجدول رقم (5) المعنون ب جدول يبين تصنيف ممارسي السلطة على أساس استخدام النسق السلطوي بأنه قائد ديمقراطي الذي عرفناه بأنه : " هو ذلك القائد الذي يشاور ويشرك رؤوسيه في عملية صنع القرارات ورسم الأهداف وتنفيذ الأعمال ويتشارك معهم في أداء العمل"، ومن خلال هذا التعريف ووفقا لما صرح به اغلب المبحوثين نكون قد تحققنا من خاصية واحدة من خصائص البنائية للتعريف للقائد الديمقراطي وهي التشاور .

جدول رقم ( 28 ) بين الفئات المعنية بالاجتماعات في مصالح عملها:

السلك الرتبة	السلك الطبي												التكرار %	الاحتمالات		
	السلك شبه طبي		م ج ج		الداخلي		العام		المقيم		المختص				الجراح	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
نعم	4	80%	4	67%	3	38%	3	50%	6	50%	20	54%	16	31%	36	41%
لا	1	20%	2	33%	5	63%	3	50%	6	50%	17	46%	35	69%	52	59%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن هناك اختلاف بين تصريحات المبحوثين في السلك الطبي والسلك الشبه الطبي ، حيث صرح أغلب فئات السلك الطبي بأنهم معنيين بمختلف اجتماعات المصلحة

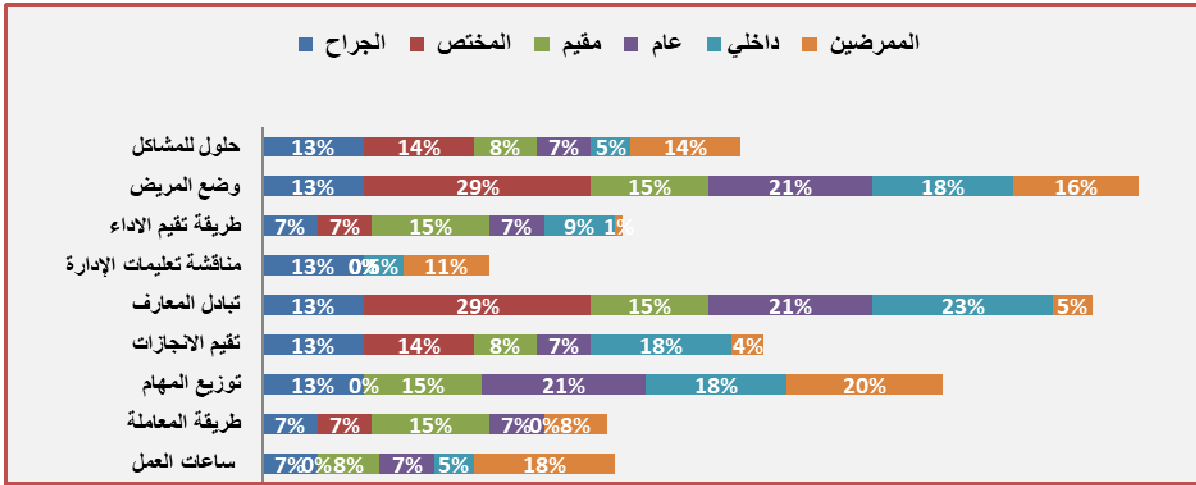
بنسبة قدرت بـ54%، أما السلك الشبه الطبي فصرحوا بنسبة قدرت بـ31% بأنهم معنيون بمختلف اجتماعات المصلحة.

فيما يخص تصريح أغلب فئات السلك الطبي بأنهم معنيون بمختلف الاجتماعات فنلاحظ أن أكثر فئة صرحت بذلك فهي فئة الاطباء الجراحين بنسبة قدرت بنسبة 80% من مجموع إجاباتهم الكلية، وفئة الثانية هي فئة الأطباء المختصين الذين صرحوا بنسبة قدرت بنسبة 67% من مجموع اجاباتهم الكلية، أما باقي الفئتين ألا هي فئة الاطباء العامون والداخليين بنسبة قدرة بالنصف 50% من مجموع اجاباتهم الكلية، وفيما يخص الأطباء المقيمين فقد صرح أغلبهم بأنهم غير معنيين بمختلف اجتماعات المصلحة وتمثل نسبتهم اكبر نسبة في احتمال عدم المشاركة في السلك الطبي والتي قدرت بنسبة 63% من مجموع اجاباتهم الكلية، لتتفق معها فئة الممرضين الذين صرح كذلك أغلبهم بأنهم غير معنيين بمختلف اجتماعات المصلحة والتي قدرت بنسبة 69% من مجموع اجاباتهم الكلية.

عند دمج إجابات كل ممارسي الصحة نجد أن نسبة عدم المشاركة قدرة بـ59% والتي مثلها التابعين لسلطة من ممرضين و أطباء مقيمين بصفة أكثر وهذه الفئة تعتبر نفسها فئة تقتصر على تنفيذ الأوامر والتعليمات الفوقية والذي ينعكس سلبا على أداء الفاعلين وضعف الشعور بالانتماء لمؤسستهم فكيف ننتظر الجودة في الأداء من فئات لا تشعر بالانتماء إلى مؤسستها؟ أما نسبة الفئات المصراحة بأنهم معنيين بمختلف اجتماعات المصلحة فقدرت بـ41% والتي مثلها ممارسي السلطة وهم الجراحين والمختصين وهذا راجع لخصائص هذه الفئة التي اغلبهم مالكي لسلطة ومقررين في اغلب الأحيان.

من هنا نستنتج أن التابعين لسلطة من ممارسي الصحة المعنيين بالاجتماعات في المؤسسة العمومية الاستشفائية ضعيفة برغم من أنهم يمثلون الفئات الأكثر في المؤسسة، بينما تتمحور جل الاجتماعات على المستويات العليا للإدارة إضافة إلى السلك الطبي ممثلين في الجراحين والمختصين الذين جلهم عبارة عن أساتذة جامعيين واستشفائيين وموقعهم في المنظومة الصحية فاعلين مهمين في صناعة القرارات ، حيث بحيازتهما لسلطة المهنية كانت لهما القدرة على التحكم بمسرى العمل داخل المصلحة مما سبب نوعا من عدم التوازن أو اجتذاب السلطة نحوهم .

شكل رقم (62) يبين موضوعات الاجتماعات حسب رأي المبحوثين:



من خلال الشكل البياني أعلاه نلاحظ ان:

- التصريحات التي صرح بها الأطباء الجراحين كانت متقاربا بين الاحتمالات التالية: توزيع المهام قدرة بنسبة 13% ، ثم تقييم الانجازات وحلول للمشاكل ووضع المريض وتبادل المعارف ومناقشة تعاليم الإدارة بنسبة متساوية قدرت ب 13%، لتأتي نسبة 7% والتي صرح بها المبحوثين في احتمالات كل من طريقة المعاملة وطريقة تقييم الأداء وساعات العمل.

- التصريحات التي صرح بها المختصين كانت متقاربا بين الاحتمالات التالية: تبادل المعارف ووضع المريض بنسبة 29%، وتقييم الانجازات وحلول للمشاكل بنسبة 14%، وطريقة تقييم الأداء والمعاملة بنسبة 7%، في حين انعدم اختيار الاحتمالات الأخرى وهي توزيع المهام وساعات العمل، ومناقشة تعليمات الإدارة.

- التصريحات التي صرح بها الأطباء المقيمين كانت متقاربا بين الاحتمالات التالية: طريقة المعاملة والتي قدرت ب 16%، لتأتي بعد ذلك توزيع المهام ووضع المريض و طريقة تقييم الأداء وتبادل المعارف بنسبة قدرة ب 15%، ثم تقييم الانجازات وساعات العمل وحلول للمشاكل بنسبة 8%، ونلاحظ انعدام احتمال مناقشة تعليمات الإدارة.

- التصريحات التي صرح بها الأطباء العامون كانت متقاربا بين الاحتمالات التالية: توزيع المهام وتبادل المعارف والتي قدرت ب 22% ومثلت هذه النسبة العليا في تصريحاتهم، لتليها نسبة 21% وضع

المريض، ثم تليها نسبة 7% لتمثلها الاختيارات التالية طريقة المعاملة وساعات العمل وحلول للمشاكل وطريقة تقييم الأداء لتتقدم في مناقشة تعليمات الإدارة.

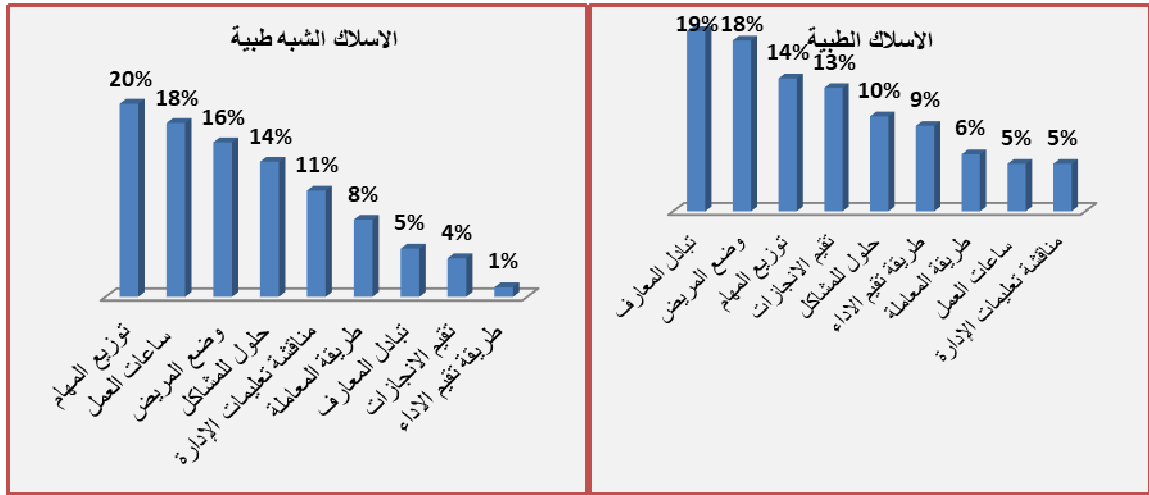
- اغلب المبحوثين من فئة الأطباء الداخليين صرحوا باحتمال تبادل المعرف بنسبة 22% لتليها نسبة 18% والتي مثلت كل من توزيع المهام واحتمال وضع المريض، لتليها نسبة 9% طريقة تقييم الأداء، ثم تليها نسبة 5% والتي مثلت ساعات العمل و حلول للمشاكل ومناقشة تعليمات الإدارة، لتتقدم في احتمال طريقة المعاملة.

- كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين من فئة الممرضين هي احتمال مناقشة ساعات العمل والتي مثلت بنسبة 20% ، لتليها نسبة 18% والتي مثلت ساعات العمل ،لتأتي بعدها احتمال وضع المريض والذي مثله احتمال مناقشة وضع المريض ،ثم نسبة 18% والتي مثلت حلول للمشاكل لتليها نسبة 11% والتي مثلت مناقشة تعليمات الإدارة لتليها نسبة 8% والتي مثلت احتمال طريقة المعاملة ثم 5% والتي مثلت تبادل المعارف، لتليها نسبة 3% والتي مثلت احتمال أخرى تذكر، لتليها نسبة 1% والتي مثلت طريقة تقييم الأداء.

من خلال إجابات ممارسي الصحة نجد أن أهم المواضيع جاءت مرتبة كالآتي: وضع المريض، تبادل المعارف، توزيع المهام، تقييم الانجازات، حلول للمشاكل ،طريقة تقييم الانجازات، ساعات العمل، طريقة المعاملة، مناقشة تعليمات الإدارة، وفي الشكل الموالي سنلاحظ هل هناك اختلاف في ترتيب المواضيع بين السلكيين الطبية والشبه طبية .

شكل رقم (63) يبين ترتيب الأسلاك الطبية والشبه الطبية لمواضيع التي يتم مناقشتها في

الاجتماعات:



من خلال الشكل أعلاه نلاحظ وجود اختلاف في ترتيب مواضيع المناقشة بين السلكين الطبي والشبه طبي، وهذا راجع لسمات كل وظيفة فالوظيفة الطبية تتخلها معرفة أكثر وبحوث طبية أكثر وبالتالي تبادل المعارف هو أهم مواضيع وهذه المعارف هدفها الوحيد والاسمي هو الوصول إلى حلول وطرق علاجية فعالة تؤدي إلى شفاء المريض أو التقليل من معاناته ، ثم يأتي بعد ذلك تنظيم العمل ومناقشة توزيع المهام ليأتي بعدها تقييم الانجازات التي تساعد على الوصول إلى نتائج للمشاكل ، ثم تأتي بعدها الأمور الشبه إدارية التي تعتبر خارج نطاق الاجتماع والتطرق لها عند الضرورة فقط كطريقة المعاملة وساعات العمل وتعليمات الإدارية التي تكون صارمة والمناقشة فيها لن يجدي.

أما الأسلاك الشبه طبية فكانت أهم النقاط التي يطرحونها في الاجتماع هي توزيع المهام لان مهامهم غير واضحة فكلهم يؤدون نفس المهام على اختلاف رتبهم وتواجدهم الدائم وملازمتهم للمريض يجعل أهم المواضيع هي توزيع المهام وساعات العمل و مناوبتها خصوصا الليلية، ثم ليأتي وضع المريض ومختلف تطورات حالته ، وبعد ذلك مناقشة تعليمات الإدارة التي يرونها مهمة على عكس الأسلاك الطبية لتأتي طريقة المعاملة، ثم تبادل المعارف في الرتب الأخيرة وذلك لتساوي المعارف تقريبا وعدم تمتيتها باعتبارها فئة منفذة، لتأتي طريقة تقييم الأداء لأنها جد معروفة والمساس بالتقييم يعتبر مساس بالشخص ذاته وتصبح مسألة شخصية مبنية على أساس عداوة وليس مسألة وظيفية مبنية على أسس موضوعية.

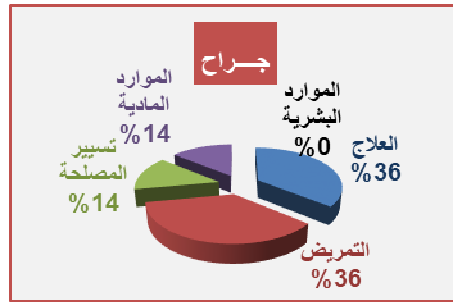
جدول رقم(29) يبين مدى إتاحة الفرصة للمبحوثين من طرف المسؤول المباشر لإبداء رأيهم:

الرتبة	جراح	مختص		مقيم		عام		داخلي		مج ج		المرمضين		مج ك		الاحتمالات	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
نعم	5	100%	6	100%	7	88%	1	17%	9	75%	28	76%	38	75%	66	75%	
لا	0	0%	0	0%	1	13%	5	83%	3	25%	9	24%	13	25%	22	25%	
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن كل الفئات صرحت أن المسؤول المباشر يتيح لهم الفرصة لإبداء رأيهم وكانت النسب كالاتي: الاطباء الجراحين 100 %،الاطباء المختصين 100% ، الأطباء المقيمين 88%، والمرمضين بنسبة 75%، وبالمقابل نجد فقد أغلبية المبحوثين من فئة الأطباء العاميين وبنسبة 83% صرحوا بأن المسؤول المباشر لا يتيح لهم الفرصة لإبداء الرأي في المصلحة ، وهذا ما قد يؤدي إلى انحرافات سلوكية وتنظيمية تكون من المحفزات الأساسية التي تجعلهم أدائهم غير جيد ، وسنتطرق في ما يلي إلى المسؤل المباشر الفرصة للمبحوثين لإبداء رأيهم في الأشكال البيانية التالية:

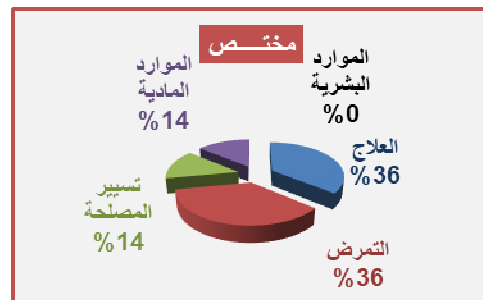
شكل رقم (64) يبين المواضيع التي يبدي فيها الأطباء الجراحين آراءهم في المصلحة:

كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمالي التمريض والعلاج والتي مثلت بنسبة 36% ، لتليها نسبة 14% والتي مثلت كل من احتمالي الموارد البشرية وتسيير المصلحة .



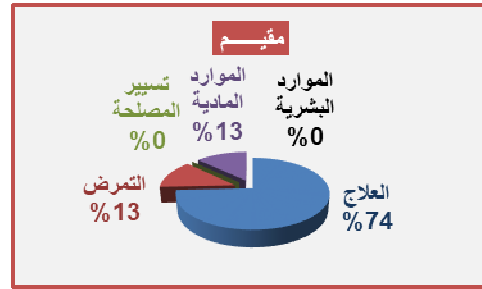
شكل رقم (65) يبين المواضيع التي يبدي فيها الأطباء المختصون آراءهم في المصلحة:

كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمالي التمريض والعلاج والتي مثلت بنسبة 36% ، لتليها نسبة 14% والتي مثلت كل من احتمالي الموارد البشرية وتسيير المصلحة .



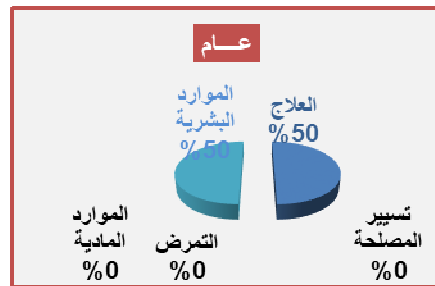
شكل رقم (66) يبين المواضيع التي يبدي فيها الأطباء المقيمين آراءهم في المصلحة:

كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمالي العلاج والتي مثلت بنسبة 74% ، لتليها نسبة 13% والتي مثلت كل من احتمالي التمريض الموارد المادية.



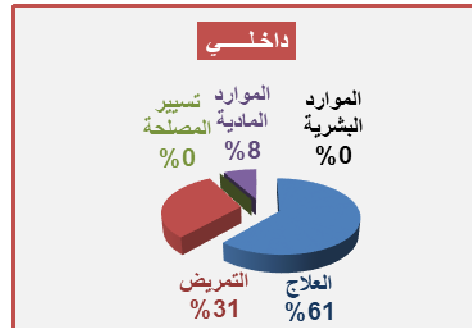
شكل رقم (67) يبين المواضيع التي يبدي فيها الأطباء العامون آراءهم في المصلحة:

كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمال العلاج والتي مثلت بنسبة 50% ، لتليها نسبة 50% والتي مثلت كل من احتمال الموارد البشرية.



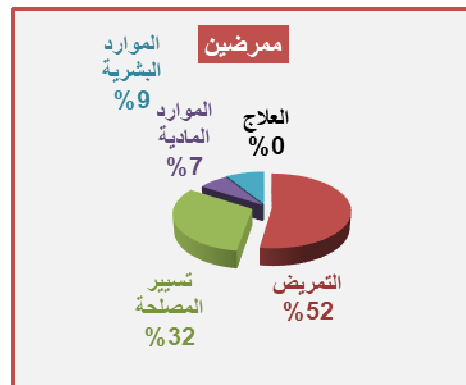
شكل رقم (68) يبين المواضيع التي يبدي فيها الأطباء الداخليين آراءهم في المصلحة:

كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمال العلاج والتي مثلت بنسبة 61% ، لتليها نسبة 31% والتي مثلت كل من احتمال التمريض، لتليها نسبة 8% والتي مثلت كل من احتمال الموارد المادية.



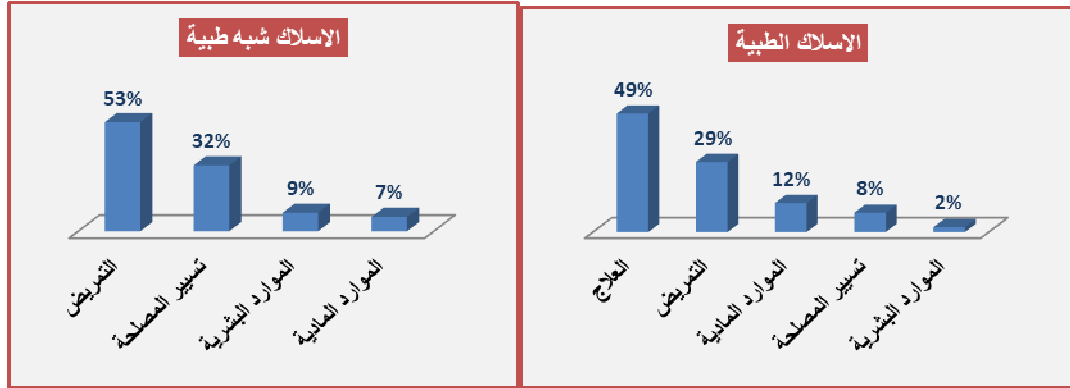
شكل رقم (69) يبين المواضيع التي يبدي فيها الممرضين آراءهم في المصلحة:

كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمال التمريض والتي مثلت بنسبة 52% ، لتليها نسبة 32% والتي مثلت كل من احتمال تسيير المصلحة، لتليها نسبة 9% والتي مثلت كل من احتمال الموارد البشرية، لتليها نسبة 7% والتي مثلت كل من احتمال الموارد المادية.



شكل رقم (70) يبين ترتيب الأسلاك الطبية والشبه الطبية للمواضيع التي يبدون فيها آراءهم في

المصلحة:



من خلال الشكل أعلاه نلاحظ وجود اختلاف في ترتيب المواضيع التي يبدون فيها الرأي فحسب إجابات السلك الشبه الطبي فإن الموضوع الذي يحتل مرتبة الصدارة فهو التمريض أي في نطاق عملهم ليأتي بعدها تسير المصلحة أي كل الأمور الخاصة بإجراءات العمل وتقسيم المهام ليأتي بعدها إبداء الرأي في الموارد البشرية من حيث النقص العددي ثم من حيث الموارد المادية.

أما السلك الطبي فقد كان ترتيبه للمواضيع التي يبدون فيها الرأي كالاتي مواضيع العلاج التي تعتبر المهمة الأساسية لهم ثم مواضيع التمريض في المرتبة الثانية، وبهذا نجد ان السلك الشبه طبي يخضع لسلمتين سلطة إدارية من طرف رئيس المصلحة وسلطة غير رسمية من طرف الأطباء، ليأتي بعدها موضوع الموارد المادية التي تشكل اكبر المعوقات للوصول إلى الجودة (حيث صرح احد أساتذة رؤساء المصالح اثناء اجراء المقابلة انه يخبئ الأدوية في مكتبه للعديد من الأسباب منها النقص والخوف من عدم استعمالها بحكمة) لتأتي بعد ذلك تسير المصلحة أي المهام والوظائف والمناوبات وفي الأخير الموارد البشرية.



جدول رقم (30) بين استشارات الرئيس المباشر لمروؤسي حول أمور المصلحة وكيفية تحسينها:

الرتبة التكرار % الاحتمالات	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرضى		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	5	100%	4	67%	0	0%	0	0%	2	17%	11	30%	22	43%	33	38%
لا	0	0%	2	33%	8	100%	6	100%	10	83%	26	70%	29	57%	55	63%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

إن عملية الاستشارة هي عملية تتم بين الفاعلين لتحقيق هدف موحد بين أطراف الاستشارة وهذه الاستشارة تكون مبنية على أساس الخبرة للوصول إلى حلول للمشاكل أو تحسين الأوضاع، أي أنها نشاط يتكاتف فيه المتفاعلون عن طريق التعاون والتواصل وتنسيق جهودهم كفريق من أجل خدمة احتياجات الفاعلين في المؤسسة الصحية سواء متلقي الخدمة أو مستقبلي الخدمة، والاستشارة لها خاصية الإرادة الذاتية في الاختيار من قبل المستشار والقبول من قبل المستشار أي ما يميز هذا العمل كونه اختياري فلا يملك أي من الأطراف المشتركة سلطة على أي طرف آخر.

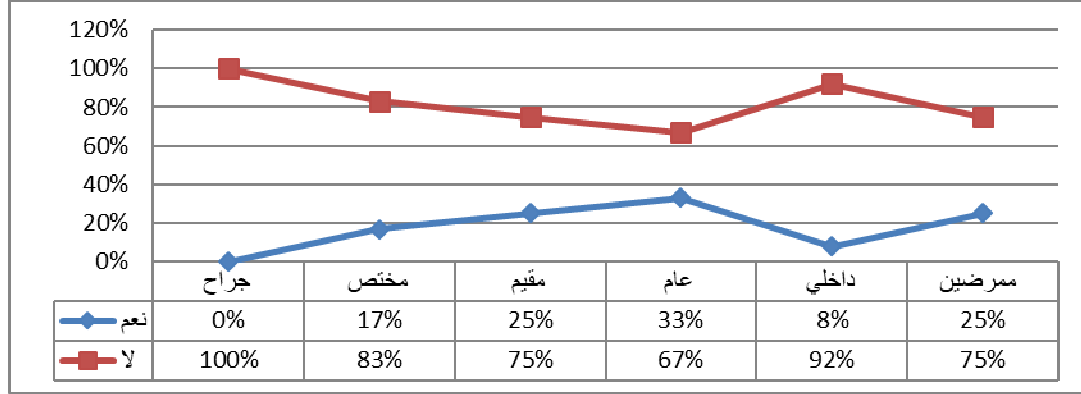
من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إجابات المبحوثين تنقسم إلى فئتين فئة صرحت بأنه يتم استشارتها من قبل المسئول المباشر حول أمور المصلحة وهي فئة الأطباء الجراحين بنسبة 100%، وفئة الأطباء المختصين بنسبة 67%.

أما الفئات المصرحة بأنها لا تستشار في تسيير أمور المصلحة فقد كانت كالآتي: فئة الاطباء المقيمين بنسبة 100%، وفئة الأطباء العاميين بنسبة 100%، وكذلك فئة الأطباء داخليين بنسبة 83%، وفئة المرضى بنسبة 57%.

من خلال ملاحظة التصريحات نجد أن الفئة المصرحة بأنها تستشار من قبل المسئول المباشر هي الفئة الأعلى في السلم الهرمي للرتب المهنية لممارسي الصحة ولديها خبرة مهنية، بينما الرتب البقية فصرح أغلبيتها بأنهم لا يستشارون نظرا للخصائص البنائية لوظيفتهم فمنهم من يعتبر متربص قيد الدراسة (داخلي ومقيم) ومنهم من يعتبر منفذ فقط كالمرضى بينما الأطباء العامون فهم أطباء منفذون أكثر منهم مسيرين، وبالتالي فالأساس المعتمد هنا في الاستشارة هو الرتبة المهنية التي تعتبر من الناحية النظرية معيار ذا جدارة واستحقاق ولكن هذا المعيار في نفس الوقت قد يتحول من منوال منهجي تنظيمي إلى منوال تنظيمي معيق يعزز أنماط سلوكية غير مرغوبة أساسها العلاقات مبنية على اتجاه أفقي في

القمة، مما يعزز قيم الانفرادية ويعزل باقي الفاعلين ويقلل انتماءهم ويتالي يؤثر على جهودهم المبذول واعتبارهم مجرد آلة وظيفية عليها التنفيذ والإنتاج .

جدول رقم (71) يبين رأي المبحوثين في تفويض السلطة :



من خلال الرسم البياني الموضح أعلاه نلاحظ أن المبحوثين قد صرحوا باختلاف فئاتهم بأن تفويض السلطة لا تعتبر تنازلاً من المسؤول المباشر عن مهامه حيث جاءت النسب كالآتي: فئة الأطباء الجراحين بنسبة 100%، وفئة الأطباء المختصين بنسبة 83 %، وفئة الأطباء المقيمين بنسبة 75%، وفئة الأطباء العامون بنسبة 67%، وفئة الأطباء الداخليين بنسبة 92%، وفئة ممرضين بنسبة 75%.

وبهذا فإن نظرتهم لتفويض السلطة نظرة ايجابية لعدم اعتقادهم بأنها عبارة عن تنازل عن مهامه بل هي عبارة عن توكيل لفاعل آخر لتطبيق الخبرات في مهمة ما، وبهذا فإن فنية التفويض لا تعني التخلص من السلطة، والنقل المجرد للقوة لا يلغي السلطة النهائية للمفوض له.

وتعتبر كذلك عملية التفويض من العمليات المتصلة بالتوجيه وبمقتضاها ينقل المسؤول جانب من اختصاصه إلى بعض مرؤوسيه ليمارسوها دون الرجوع إليه، مع بقاء مسؤوليته عن هذه الاختصاصات، أي هو أسلوب تنظيمي يتم بموجبه تخفيف العبء عن الرئيس بالدرجة الأولى .

## جدول رقم (31) يوضح مستويات تفويض السلطة والمسؤوليات:

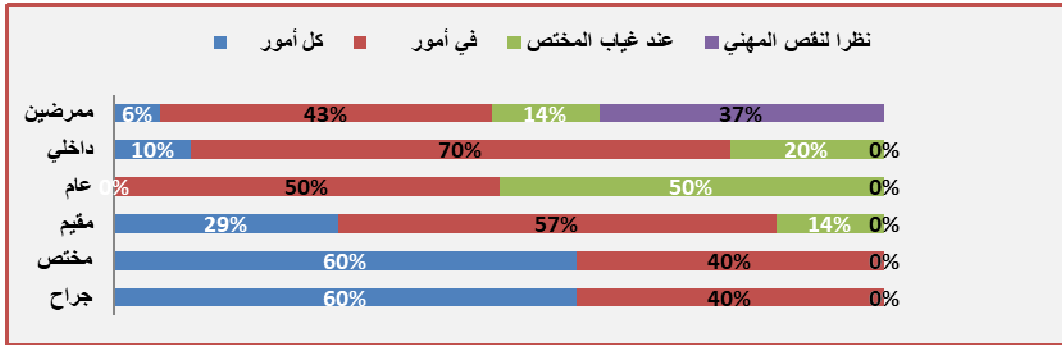
السلوك	السلوك الطبي															
	السلوك شبه طبي		السلوك الطبي													
	المرضى		مج ج		الداخلي		العام		المقيم		المختص		الجراح			
الرتبة	التكرار	مج ك		مج ج		الداخلي		العام		المقيم		المختص		الجراح		%
الاحتمالات	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
نعم	5	100%	5	83%	6	75%	1	17%	8	67%	25	68%	20	39%	45	51%
لا	0	0%	1	17%	2	25%	5	83%	4	33%	12	32%	31	61%	43	49%
مج ك	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

ويتضح من الجدول أعلاه أن هناك فروق في الإجابات بين السلبيين الطبي وشبه الطبي حيث صرح اغلب المبحوثين من السلوك الطبي بنسبة قدرت بـ 68% بأنه يتم تفويض السلطة لهم، عدا فئة الأطباء العامون الذين صرحوا انه لا يتم تفويض السلطة لهم ، وبالمقابل صرح البقية بنصف تفوق النصف بأنه يتم تفويض السلطة لهم فكانت النسب كالاتي:

صرح الجراحون بنسبة 100% من مجموع إجاباتهم، لتليها نسبة 83% والتي تمثلها فئة المختصين، لتليها نسبة 75% والتي تمثلها فئة المقيمين، لتليها نسبة 67% والتي تمثلها فئة الداخليين، أما السلوك شبه طبي فقد صرح أغلبيتهم بأنه لا يتم تفويض السلطة لهم بنسبة قدرت بـ 61%.

ومن الخصائص البنائية لتفويض السلطة أنها عملية مؤقتة غير مستمرة وهذا ما يعني أن التفويض لا يجب أن يكون طويلا وفي جميع الظروف بل في مواقف يتناسب معها أسلوب تفويض السلطة والى أصبح هذا التفويض دلالة على تهرب المفوض عن واجباته او سيطرة فئة معينة على ممارسة السلطة ، ولنجاح تفويض السلطة لابد أن يكون تفويض السلطة محدد بوضوح حتى يكون لمن فوضت له السلطة معرفة الحيز التي يستطيع العمل فيه دون تدخل في مجال عمل الآخرين، وبالتالي لا يكون هناك خلط بين السلطات ،أي لابد للتفويض أن يكون ضمن المستوى الأمثل من مدى التفويض وفي الشكل الموالي نوضح متى يتم تفويض السلطة لمختلف المبحوثين:

## شكل رقم (72) يبين متى يتم تفويض السلطة لهم:



من خلال الرسم البياني الموضح أعلاه نلاحظ أن المبحوثين قد صرحوا باختلاف فئاتهم بأن تفويض السلطة يتم في العديد من الموضوعات وجاءت مرتبة كالآتي:

كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين من فئة الاطباء الجراحين هي احتمال تفويض السلطة في كل الأمور والتي مثلت بنسبة 60%، لتليها نسبة 40% والتي مثلت في أمور معينة، لتتعدم في الاحتمالين الباقيين نظرا لنقص المهني وعند غياب المختص.

كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين من فئة الاطباء المختصين هي احتمال تفويض السلطة في كل الأمور والتي مثلت بنسبة 60%، لتليها نسبة 40% والتي مثلت في أمور معينة، لتتعدم في الاحتمالين الباقيين نظرا لنقص المهني وعند غياب المختص.

كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين من فئة الاطباء المقيمين هي احتمال تفويض السلطة في أمور معينة والتي مثلت بنسبة 57%، لتليها نسبة 29% والتي مثلت في كل أمور، لتليها نسبة 14% والتي مثلت احتمال عند غياب المختص لتتعدم في الاحتمال نظرا لنقص المهني.

صرح المبحوثين من فئة الاطباء العامون باحتمالين وكانت النسب متساوية مثل كل احتمال بنسبة 50%، وكان الاحتمالين هنا هما في أمور معينة وعند غياب المختص لتتعدم في الاحتمالين في كل الأمور ونظرا لنقص المهني.

كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين من فئة الاطباء الداخليين هي احتمال تفويض السلطة في أمور معينة والتي مثلت بنسبة 70%، لتليها نسبة 20% والتي مثلت عند غياب المختص، لتليها نسبة 10% والتي مثلت احتمال نظرا لنقص المهني، لتتعدم في الاحتمال كل الأمور.

كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين من فئة الممرضين هي احتمال تفويض السلطة في أمور معينة والتي مثلت بنسبة 43%، لتليها نسبة 37% والتي مثلت احتمال نظرا لنقص المهني، لتليها نسبة 14% والتي مثلت عند غياب المختص، لتليها نسبت 6% والتي مثلت احتمال كل الأمور.

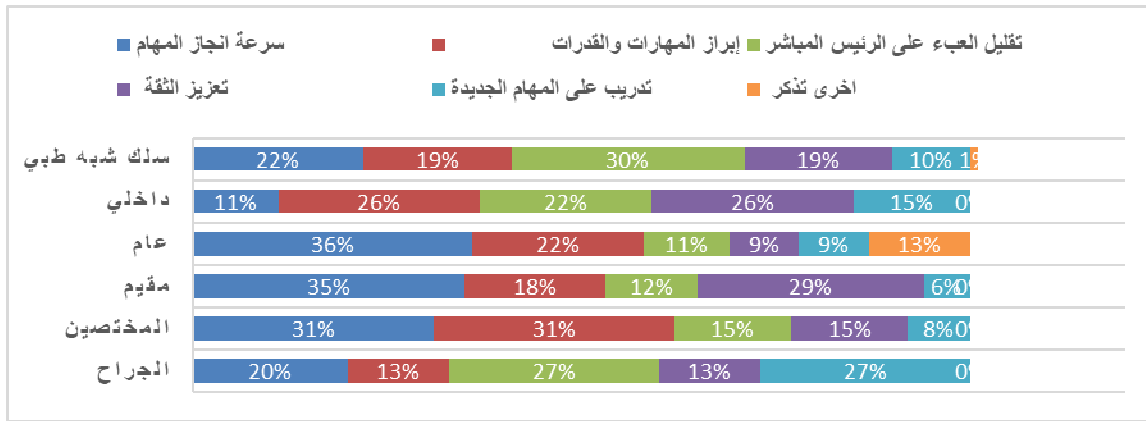
من الشكل أعلاه نستنتج أن فئة الاطباء الجراحين والمختصين كانت أعلى نسبيهم ضمن احتمال تفويض السلطة في كل الأمور لامتلاكهم شخصية كاريزمية ذات قدرة سلطوية غير رسمية ضمن النسق الصحي العام، اكتسبوا من رتبهم المهنية وكفاءتهم وقدرت موقعهم العلاجي على التأثير على مسار العمل العلاجي لباقي ممارسي الصحة، ومن هنا أصبحت لهذه الفئة صفات مميزة ومن بينها التعالي على القواعد الإدارية ومن يمتلكها يرفض الخضوع إلى قواعد تنظيم ، أي هنا حققوا خاصية قدرة الفعل والتأثير على الفاعلين مع قدرتهم على ممارسة ضغوطات وظيفية قد تؤدي إلى معوقات وظيفية تنعكس على الأداء العام .

في المؤسسة الاستشفائية يظهر التفويض بشكل رسمي في عدة مجالات كالمناوبة التي تضمن ديمومة سير المرفق العام ، والإنبابة في منصب المسؤول في حالة كالعطلات ، أو تفويض التصويت وغير ذلك من صور التفويض ، غير أن الملاحظ انه ليس هناك تفويض حقيقي بمعنى تفويض كل الصلاحيات اللازمة من اجل اتخاذ القرارات ، وهذا ما صرح به احد الأستاذة المحاضرين أثناء تحاور معه بأنه لا يقبل طلب تفويض السلطة له في معظم الأحيان لأن هذا تفويض ليس حقيقي لأنه لا يمتلك سلطة القرار التي يفترض أن تفوض مع المسؤولية ، لان الفاعل المفوض لا يحاسب بل يحاسب من فوضه، فتتخذ اغلب القرارات عن طريق الهاتف وهذا ما يشكل عبئ على المفوض في تسير المصلحة وقد يتلقى رفض وبعض ضغوطات من قبل ممارسي الصحة، بالإضافة إلى أن تصريحه ركز على نقطة مهمة وهي أن التفويض يعطى بناء على حسابات شخصية لصديق أو لصاحب نفوذ وخدمة لمصالح شخصية، لأنه حسبهم دائما هناك عائد مادي وهناك معلومات سرية لا يجب أن تعرف من قبل البقية من الفاعلين، ومن خلال تصريحات سكرتير في احد المصالح انه تم تفوض السلطة له من الأستاذ رئيس المصلحة لتسير المصلحة لمدة شهر كامل وهو غائب، وقد سيرها دون شعور ممارسي الصحة بغيابه أو تجاهلهم لغيابهم بحكم منصبه الإداري والخوف من التصادم معه مما يؤثر على المسيرة المهنية أو التعليمية للفاعلين.

ما يبرر إجابة كل من اغلبية الأطباء الجراحين والمختصين بتفويض السلطة لهم في كل الأمور انهم يمتلكون الخبرة المهنية من جهة ومن جهة أخرى لهم القدرة المهنية أن يكونوا ضمن المجلس الإداري وأيضا المجلس الطبي وهذا ما يعطيهم فرصة التدخل حتى في التسيير، فالسلطة الطبية موجودة داخل المصالح وداخل التنظيم الإداري في معظم الأحيان.

في إطار تحديد ملامح العلاقة بين الوضع المهني وعملية التفويض اتضح انعزالية العلاقة فالتفويض حكرا على فئات معينة تمتلك القدرة السلطوية في اغلب الأحيان وليس الشرعية السلطوية.

### شكل رقم ( 73 ) يبين أهداف عملية التفويض في سياق الرتب المهنية للمبحوثين :



إن تفويض السلطة يتم بين طرفين طرفها الأول المفوض والذي يعتبر هنا مالك السلطة ويمارسها بصفة رسمية وموقعه في التدرج السلطوي يبرر شرعية الممارسة، ويمثلها في المؤسسة الاستشفائية أستاذ رئيس المصلحة والطرف الثاني المفوض إليه والذي يكون تابع للسلطة، لكن يجب أن يتميز بخصائص فنية ومؤهلات وكفاءات تميزه عن باقي الفاعلين ويمثلها ممارسي الصحة بمختلف فئاتهم.

من ناحية الفائدة فإن تفويض السلطة بالنسبة للمفوض تمكنه من القيام بالمهام الرئيسية في المؤسسة والمتعلقة بالتطوير والتخطيط ورسم السياسات ومتابعة تنفيذ أهداف المؤسسة، أما أهميتها بنسبة للمبحوثين فهي كالاتي:

فئة الاطباء الجراحين كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمالي تقليل العبء على الرئيس وتدريب على المهام الجديدة والتي مثلت بنسبة 27%، لتليها نسبة 20% والتي مثلت

سرعة انجاز المهام، لتليها نسبة 13% والتي مثلت احتمالي إبراز المهارات والقدرات وتعزيز الثقة مع الرؤساء.

فئة الأطباء المختصين كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمالي سرعة انجاز المهام وإبراز المهارات والقدرات والتي مثلت بنسبة 31%، لتليها نسبة 15% والتي مثلت تقليل العبء وتعزيز الثقة مع الرؤساء، لتليها نسبة 8% والتي مثلت احتمال تدريب على المهام الجديدة.

فئة الأطباء المقيمين كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمال سرعة انجاز المهام والتي مثلت بنسبة 35%، لتليها نسبة 29% والتي مثلت تعزيز الثقة مع الرؤساء، لتليها نسبة 18% والتي مثلت احتمال إبراز المهارات والقدرات، لتليها نسبة 12% والتي مثلت تقليل العبء على الرئيس المباشر، لتليها نسبة 6% والتي مثلت التدريب على المهام.

فئة الأطباء العامون كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمال سرعة انجاز المهام والتي مثلت بنسبة 36%، لتليها نسبة 22% والتي مثلت إبراز المهارات والقدرات، لتليها نسبة 13% والتي احتمال أخرى تذكر، لتليها نسبة 11% مثلت احتمال تقليل العبء على الرئيس المباشر، لتليها نسبة 9% والتي مثلت احتمالي التدريب على المهام. تعزيز الثقة مع الرؤساء.

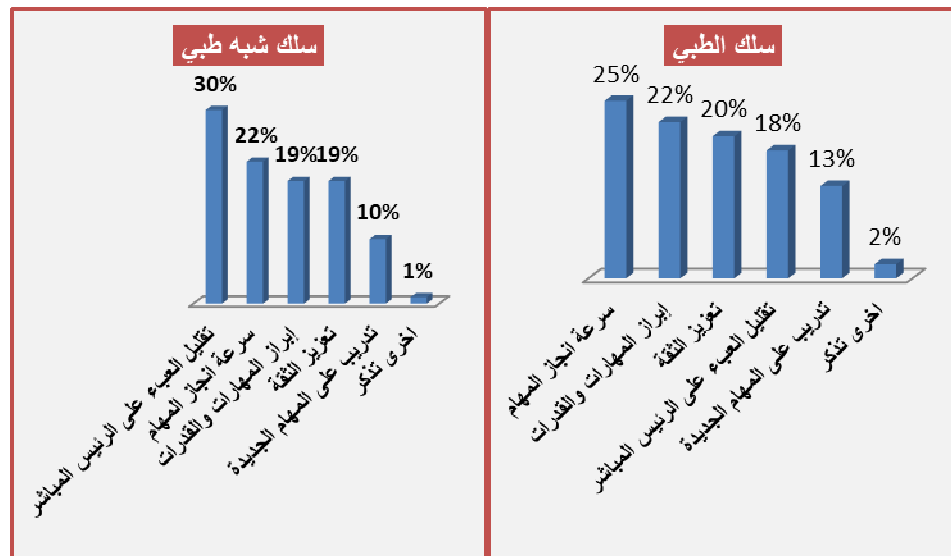
فئة الأطباء الداخليون كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمالي إبراز المهارات والقدرات وتعزيز الثقة مع الرؤساء، لتليها نسبة 22% والتي مثلت تقليل العبء على الرئيس المباشر، لتليها نسبة 15% التدريب على المهام، لتليها نسبة 11% مثلت احتمال سرعة انجاز المهام.

فئة الممرضين كانت النسبة الأعلى التي صرح بها اغلب المبحوثين هي احتمال والتي مثلت تقليل العبء على الرئيس المباشر والتي مثلت بنسبة 29%، لتليها نسبة 22% مثلت احتمال سرعة انجاز المهام، لتليها نسبة 19% مثلت احتمالي إبراز المهارات والقدرات وتعزيز الثقة مع الرؤساء، لتليها نسبة 10% والتي مثلت التدريب على المهام، لتليها نسبة 1% وكانت احتمال أخرى تذكر.

يعتبر بعد تفويض السلطات والمسؤوليات احد أهم الأبعاد المحددة لطبيعة توزيع الممارسات السلطوية، كما انه يحدد واقع السياسة الإشرافية المتبعة في البنية التنظيمية بالمؤسسة، كما ان عملية التفويض لها خصائص وظيفية ذات دالة استقلالية وبعد ديناميكي يهدف إلى توجيه الموارد البشرية

وإعدادها لتحمل المسؤولية، وبالتالي تقوية العلاقات الإنسانية وإتاحة الفرصة للإبداع والابتكار و تشجيعهم على استخدام الموارد بصورة أكفأ وبأكثر مرونة واستجابة، وبالتالي تعزيز جودة الأداء ليصبح مردود الخدمة أكثر جودة بكل الأبعاد بداية من سهولة الوصول للخدمة لكون للمفوض له الصلاحية لتقديم الخدمة في الوقت المناسب ووصولاً إلى جودة العمليات العلاجية بكل مراحلها ، وكذلك تهدف هذه العملية إلى تفرغ المسؤولين للوظائف الإدارية الأكثر أهمية، لكن هل تترسخ هذه المعالم داخل الواقع الامبريقي للتنظيم محل الدراسة، أم أن لعدم عقلانية الممارسات السلطوية دور في دحض مثل هذه المبادئ؟

شكل رقم ( 74 ) يبين العلاقة بين الرتبة المهنية وأهداف العملية التفويضية:



تماشياً مع معطيات الجدول رقم (31) جاء السؤال التالي للوقوف على مدى ادراك الباحثين لأهداف العملية التفويضية لهذا عمدت الدراسة إلى رصد العلاقة بين الرتبة المهنية وأهداف العملية التفويضية، ويتضح هناك اختلاف في الإدراك يعزى إلى الخلفية السوسيوثقافية المكونة للمبجوثين فنجد أن السلك الطبي قد صرح أن الهدف من تفويض السلطة بالدرجة الأولى هو السرعة في إنجاز المهام، وهذا يتماشى مع السلك الطبي الذي يجعل الأطباء مصدراً للتفكير والقرار التنظيمي ومصدراً للمبادرة لتلي بعدها إبراز المهارات والقدرات لان السلك الطبي في منافسة وتدرج هرمي وترقيات وتريصات والأجدر والأكفأ يرتقي ، بينما السلك الشبه الطبي فقد صرح أن الهدف من تفويض السلطة بالدرجة الأولى هو تقليل العبء على الرئيس المباشر، ثم سرعة في إنجاز المهام لتأتي بعدها إبراز المهارات والقدرات التي



لها أهمية أكثر عند سلك الطبي ولتحتل التدريب على المهام الجديدة في المرة الأخيرة وهذا ما يعتبر أن عمل ممارسي الصحة عمل روتيني ليس فيه مهام جديدة لأنه يعتمد على التخصص الدقيق.

**جدول رقم (32) يبين العلاقة بين السلطة المفوضة وأداء ممارسي الصحة:**

الرتبة التكرار % الاحتمالات	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرمضين		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	4	80%	6	100%	5	63%	3	50%	8	67%	26	70%	32	63%	58	66%
لا	1	20%	0	0%	3	38%	3	50%	4	33%	11	30%	19	37%	30	34%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

من خلال الإحصائيات المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن كل المبحوثين وبنسب عالية صرحوا أن السلطة المخولة لهم كافية لأداء مهامهم حيث كانت تصريحاتهم بنسبة 66% من المجموع الكلي ، ومن خلال هذه التصريحات يجب أن تكون الخدمات المقدمة جيدة لان السلطة المخولة لهم كافية لأداء عملهم، وبالمقابل صرح المبحوثين بنسبة 34% بأنها غير كافية وهذا ما يدل على حسب تصريحهم انه لا توجد حرية تنظيمية في المستشفى وان السلطة المخولة إليهم هي يجب عدم طرح التساؤلات كثيرا وعدم اللجوء إلى التطاول على الرؤساء وهذا ما يؤثر على الأداء الوظيفي.

**جدول رقم (33) هل تتعرض للمساءلة أثناء تأدية مهامك:**

الرتبة التكرار % الاحتمالات	الجراح		المختص		المقيم		العام		داخلي		مج ج		المرمضين		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	0	0%	0	0%	8	100%	4	67%	11	92%	23	62%	41	80%	64	73%
لا	5	100%	6	100%	0	0%	2	33%	1	8%	14	38%	10	20%	24	27%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

إن مراقبة ممارسي الصحة من حيث أدائهم ومدى التزامهم و مواظبتهم ينعكس بصفة ايجابية على جودة الخدمات، وحتى إن وجد خلل وظيفي أو معوق فان المراقبة الدائمة والمستمرة تؤدي إلى اتخاذ القرارات التصحيحية المناسبة لتحقيق أفضل جودة ونوعية من الخدمات الطبية التي تحقق الرضى للمريض وأهداف المستشفى، وهذه الرقابة يجب أن تكون على كل ممارسي الصحة بغض النظر على رتبهم المهنية أو علاقتهم الشخصية بمركز السلطة.

من خلال الشواهد الإحصائية في الجدول اعلاه نلاحظ انقسام الإجابات بين فئتين فئة صرح اغلب فئاتها بأنهم يتعرضون للمساءة أثناء تأدية مهامهم وهم: " فئة الأطباء المقيمين بنسبة 100%، فئة الأطباء العامون بنسبة 67 %، فئة الاطباء الداخليون بنسبة 92%، وفئة الممرضين بنسبة 80%."

أما الفئات المتبقية وهي فئة الاطباء الجراحين والأطباء المختصين فقد صرحوا بصفة كلية (100%) بأنهم لا يتعرضون للمساءلة إطلاقاً أثناء تأدية مهامهم، وما يفسر هذه النتائج أنهم يعتبروا مالكي سلطة ولكن طبيعة هذه السلطة وشرعيتها غير رسمية تكتسبها من خبرتها المهنية ومكانتها في السلم الهرمي الأعلى لرتب المهنية، وبحسب رأيهم يجب أن لا يخضعوا للمساءلة لأنهم مؤهلون ويعرفون ما يجب فعله.

برجوع إلى الجدول رقم (31) الخاص بتفويض السلطة نلاحظ أن هذه الفئتين صرحوا بأنه يتم تفويض السلطة لهم، حيث صرحت الفئة الأولى فئة الأطباء الجراحين بنسبة قدرة ب 100%، والفئة الثانية الأطباء المختصين بنسبة قدرة ب 83 %، ولكن هذا لا يبرر عدم خضوعهم للمساءلة إذ أنهم حتى ولو كانوا مفوضين فيبقى للتفويض حدود، بحيث يجب مراقبة المفوضين لضمان حسن استخدامهم للسلطة الممنوحة لهم وكذلك الحق في التحقيق في التجاوزات التي تقع من قبل المفوض إليهم، وان من بديهيات التفويض أن يعلم الرئيس بالقرارات المتخذة بعد إجرائها وان يوضع بالصورة عن كل ما يحدث بالمؤسسة حيث انه المسئول الأول عما يجري فيها.

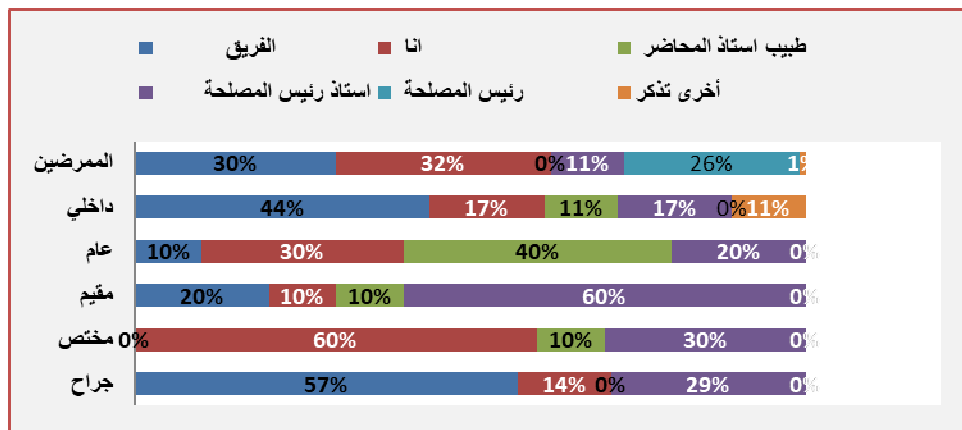
II. المحور الثالث بيانات حول الفرضية الثالثة:

" إن تقسيم العاملين وفق معايير موضوعية يفعل على نحو أمثل أداء الموارد البشرية وينميها في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (حجم وتوقيت العمل وكيفية أدائه، العدالة في التقسيم)"

جدول رقم (34) يبين المسؤول عن تنظيم العمل لدى المبحوثين :

السلوك الرتبة	السلوك الطبي															
	المرضى		الداخلي		العام		المقيم		المختص		الجراح		التكرار %	الاحتمالات		
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
الفريق	4	57%	0	0%	2	20%	1	10%	8	44%	15	27%	20	30%	35	29%
أنا	1	14%	6	60%	1	10%	3	30%	3	17%	14	25%	21	32%	35	29%
أستاذ المحاضر	0	0%	1	10%	1	10%	4	40%	2	11%	8	15%		0%	8	7%
أستاذ رئيس المصلحة	2	29%	3	30%	6	60%	2	20%	3	17%	16	29%	7	11%	23	19%
رئيس المصلحة	0	0%		0%		0%		0%		0%		0%	17	26%	17	14%
أخرى تذكر	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	11%	2	4%	1	2%	3	2%
مج	7	100%	10	100%	10	100%	10	100%	18	100%	55	100%	66	100%	121	100%

شكل رقم (75) يبين العلاقة بين منظم العمل والمرتبة:



من خلال النتائج الموضحة في الجدول والشكل البياني أعلاه والخاصة بالمسؤول عن تنظيم العمل

لدى المبحوثين سوف ناقش على أثرها العلاقة بين الرتبة المهنية والمنظم للعمل:

- نلاحظ أن اغلب المبحوثين من فئة الأطباء الجراحين صرحوا بنسبة 57 % باحتمال أن الفريق هو من ينضم العمل، ليليهما احتمال أستاذ رئيس المصلحة قدرت بنسبة 29% ، لتليها نسبة 14 % والتي صرح بها المبحوثين باحتمال انه هو من يقوم بتنظيم العمل وتندم في احتمالي أستاذ محاضر ورئيس المصلحة.

- نلاحظ أن اغلب المبحوثين من فئة الأطباء المختصين صرحوا بنسبة 60 % باحتمال ولون انهم المسؤولون عن تنظيم العمل ، ليليهما احتمال أستاذ رئيس المصلحة قدرت بنسبة 30% ، لتليها نسبة 10 % والتي صرح بها المبحوثين باحتمال الأستاذ المحاضر ، وانعدمت في احتمالي الفريق ورئيس المصلحة .

- نلاحظ أن اغلب المبحوثين من فئة الاطباء المقيمين صرحوا بنسبة 60 % باحتمال أستاذ رئيس المصلحة هو من يقوم بتنظيم العمل، ليليهما احتمال قدرت بنسبة 20% والتي صرح بها المبحوثين باحتمال الفريق هو المنضم، لتليها نسبة 10 % والتي صرح بها المبحوثين باحتمالي أنا من أقوم بتنظيم عملي وأستاذ المحاضر، وانعدمت في احتمال رئيس المصلحة.

- نلاحظ أن اغلب المبحوثين من فئة الأطباء العاميين صرحوا بنسبة 40 % باحتمال أستاذ المحاضر هو من يقوم بتنظيم العمل، ليليهما نسبة 30% والتي صرح بها المبحوثين باحتمال أنا من أقوم بتنظيم عملي، لتليها نسبة 20 % والتي صرح بها المبحوثين باحتمال أستاذ رئيس المصلحة، لتليها نسبة 10 % والتي صرح بها المبحوثين باحتمال الفريق هو المنضم، وانعدمت في احتمال رئيس المصلحة.

- نلاحظ أن اغلب المبحوثين من فئة الاطباء الداخليين صرحوا بنسبة 44% باحتمال الفريق هو من يقوم بتنظيم العمل، ليليهما نسبة 17% والتي صرح بها المبحوثين باحتمالي أنا من أقوم بتنظيم عملي و أستاذ رئيس المصلحة، لتليها نسبة 11 % والتي صرح بها المبحوثين باحتمالي أستاذ المحاضر و أخرى تذكر وانعدمت في احتمال رئيس المصلحة.

- نلاحظ أن اغلب المبحوثين من فئة الممرضين صرحوا بنسبة 32 % باحتمال أنا من أقوم بتنظيم عملي الفريق، لتليها نسبة 30% والتي صرح بها المبحوثين باحتمال الفريق هو المنظم، لتليها نسبة 26 % والتي صرح بها المبحوثين باحتمال رئيس المصلحة، لتليها نسبة 11 % والتي صرح بها المبحوثين باحتمال أستاذ رئيس المصلحة، لتليها نسبة 1 % والتي صرح بها المبحوثين باحتمال أخرى تذكر.

من خلال إجابات المبحوثين والشكل السابق نستنتج أن الاستقلالية في تنظيم العمل واضحة في أعلى الهرم الطبي، لان لديهم المعارف التقنية هذا ما يجعلهم يستغنون عن غيرهم في ذلك ، ويمتلكون مسؤولية خاصة اتجاه المرضى عند أداء مهام التشخيص وإعطاء العلاج المناسب ، هذه المسؤولية تجعلهم يأخذون قرارات فردية اتجاه المريض وهذا ما يفسر إجابات فئة الاطباء المختصين بأنهم ينضمون عملهم بمفردهم والتي عبر عليها المبحوثين بنسبة 60% ، أما فئة الأطباء الجراحين فقد صرح أغلبيتهم بان الفريق هو من ينضم العمل وذلك بسبب ظروف العمل التي تستدعي التقاهم من اجل إجراء العمليات لعدم وجود قاعات جراحية متعددة ، أما الفئة التي تنتمي إلى وسط الهرم الطبي الأطباء المقيمين فهي تعتمد على الأستاذ رئيس المصلحة في تنظيم عملها وكانت نسبة تصريحهم بنسبة 60% فذلك نوع من تبعية الطالب للأستاذ رئيس المصلحة في تنظيم عملهم باعتبارهم لا يزالوا طلبة ما بعد التدرج، هم من يقومون بالمهام مع الأطباء الاخصائيين لأنهم في مرحلة التدريب والتريص، أما فئة الأطباء العامون فقد صرحوا بانهم ينضمون عملهم بنفسهم بمفرده خاصة بالنسبة للذين يعملون في المصالح الغير متخصصة، كالأطباء العامين المعالجين للعمال يرجع ذلك لضرورة لأنه لا يوجد اخصائيون معهم، اما الأطباء العامون بنسبة 40% صرحوا ان أستاذ محاضر هو من يقوم بتنظيم مهامهم باعتباره مسؤول عن تنظيم العمل خصوصا في مصلحة الاستعجالات بعد الأستاذ رئيس المصلحة، وصرحوا كذلك بنسبة 20% بان الأستاذ رئيس المصلحة هو من يقوم بتنظيم عملهم باعتباره المسؤول المباشر عنهم، بينما الفئة الطبية التي تقع في أسفل الهرم الطبي أي الأطباء الداخليين فينضمون عملهم جماعيا عن طريق الفريق هذا ما يدل على محدودية المهام التي يؤديها خاصة في المصالح المتخصصة فالأطباء الاخصائيين هم من يقومون بالمهام مع الأطباء.

ان تنظيم العمل هو مؤشر على توزيع السلطة داخل المؤسسة بين السلك الطبي والشبه الطبي، في اغلب الأحيان يكون ضمن نطاق فريق العمل الذي يحكم سيرورة العمل وتنظيم تفاصيله، وفق ما يخدم المصلحة العامة ويحقق متطلبات المرضى.

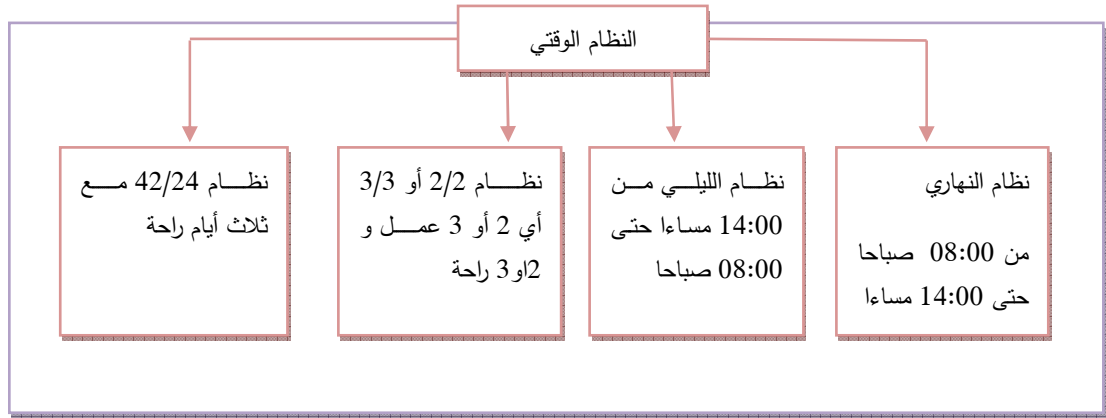
## جدول رقم (35) يبين مدى تناسب الحجم الساعي مع الرتبة لدى المبحوثين :

الرتبة التكرار % الاحتمالات	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرضى		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	5	100%	5	83%	5	63%	3	50%	9	75%	27	73%	33	65%	60	68%
لا	0	0%	1	17%	3	38%	3	50%	3	25%	10	27%	18	35%	28	32%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن كل الفئات صرحت بان الحجم الساعي للعمل يناسبها بنسبة كلية قدرت ب 68 %وهي موزعة كالآتي: فئة الاطباء الجراحين بنسبة قدرت ب 100%، وفئة الاطباء المختصين بنسبة قدرت ب 83 %، فئة الاطباء المقيمين بنسبة قدرت ب 63%، فئة الأطباء العاميين بنسبة قدرت ب 50%، فئة الداخليين بنسبة قدرت ب 75%، فئة الاطباء المرضى بنسبة قدرت ب 65%، ولكن ما يتم المناقشة عليه ويثار عليه هو جدول العمل وتوزيع الحجم الساعي حول الأيام ومناوبات العمل النهارية والليلية.

يعتمد العمل في المستشفى على نظام الفرق التي تتكون من السلك الطبي والسلك الشبه طبي وحتى الأعوان، ولا يمكن أن يتم العمل إلا بتعاون الجميع وذلك بواسطة نظام المناوبات ( مناوبات نهارية ومناوبات ليلية) بحيث لا يمكن ترك المناوبة بدون ممارسين لصحة وذلك لخصوصية وظيفة المستشفى و لا توجد إمكانيات غلق المصلحة إلا بقرار وزاري ، وان غياب الأطباء أثناء المناوبة أو الشبه طبيين خطأ يعاقب عليه القانون لأن طبيعة العمل تتعلق بحياة المريض المقيم الذي يحتاج إلى العلاج الدائم مع المراقبة الدائمة لتطور حالته الصحية التي في غالب الأحيان تكون غير مستقرة نسبياً، أما النظام الساعي للعمل فهو يومين بيومين أو ثلاثة أيام بثلاث أيام أو 24/24 مع ثلاث أيام راحة وهي كالآتي :

## مخطط رقم (76) يبين الأنظمة الوقتية الموجودة في المستشفى:



## نظام العمل المتبع في مؤسسة الاستشفائية:

من خلال اجراء المقابلات مع كل من رؤساء المصالح الأستاذ رئيس المصلحة ورئيس المصلحة تم التوصل الى ان الأطباء يعملون بالمناوبات النهارية كل يوم من الناحية القانونية ووضع هذا البرنامج دون استشارة الأطباء أنفسهم بل فرض عليهم، ولديهم مناوبات ليلية تقسم على حسب عددهم.

أما الشبه طبيين فمنهم من يعمل ضمن المناوبات النهارية فقط ومنهم من يعمل ضمن المناوبات الليلية فقط ومنهم من يعمل ضمنهم الاثنين، حيث صرح كل المبحوثين بان هذا يتم بتفاهم والاتفاق مع رئيس المصلحة، وأيضا يعطي لهم الحرية في اختيار فريق عملهم حسب ما صرح به الرئيس والمرضى وانه يتدخل عندما لا يصلون إلى اتفاق.

لذا نجد بعض المصالح تحاول أن تعمل وفق أنظمة غير رسمية وبالتفاهم مع الأستاذ رئيس المصلحة، ولذلك يتم وضع مخطط مسبق للأطباء والشبه الطبيين ويتم الاطلاع عليه والاعتراض مسبقا وتفاهم مسبقا وقد يقبل التغيير وقد لا يقبل ( وهذا ما سوف نتطرق إليه بالمناقشة في الجداول اللاحقة)، ومعظم أسباب التغيير قد تكون أسباب ذاتية تخدم المصلحة الشخصية ومنها ما يكون موضوعي يخدم سير المصلحة وهذا ما يبينه الجدول الموالي يبين ذلك :

## جدول رقم (36) يبين مدى ملائمة توقيت العمل للمبحوثين واسبابها:

السلك	سلك طبي										الرتبة	التكرار %	الاحتمالات			
	سلك شبه طبي		م ج		الداخلي		العام		المقيم					المختص		الجراح
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
أسباب شخصية	2	12%	4	24%	3	18%	1	25%	8	27%	18	20%	25	43%	43	29%
لواجب عائلية	4	24%	1	6%	2	12%	2	50%	4	13%	13	15%	6	10%	19	13%
لواجب مهني	5	29%	1	6%	1	6%	0	0%	2	7%	9	10%	2	3%	11	7%
م ج	11	65%	6	35%	6	35%	3	75%	14	47%	40	45%	33	57%	73	50%
لأنه متعب	2	12%	5	29%	4	24%	1	25%	4	13%	18	20%	13	22%	31	21%
لأنه مقلق	2	12%	3	18%	3	18%	3	18%	0	0%	6	20%	8	14%	23	16%
الطريقة التي فرض بها	2	12%	3	18%	4	24%	0	0%	6	20%	16	18%	3	5%	19	13%
أخرى تذكر	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%
م ج	6	35%	11	65%	11	65%	1	65%	16	53%	49	55%	25	43%	74	50%
م ج ك	17	100%	17	100%	17	100%	4	100%	30	100%	89	100%	58	100%	147	100%

من خلال الشواهد الكمية المبينة في الجدول أعلاه نلاحظ أن المبحوثين من فئة الاطباء الجراحين صرح اغلبيهم بان العمل يناسبهم لواجب مهني بنسبة 29 %، لتليها نسبة 24 % والتي مثلت احتمال لواجب عائلي، أما الأطباء المختصين فطبيعة عملهم فرضت عليهم العمل من الناحية القانونية كل يوم ووضع دون استشارة المهنيين أنفسهم بل فرض عليهم واقر اغلبيهم بان لا يناسبهم لأنه متعب بنسبة 29%، ونفس الرأي لدى اغلب الأطباء المقيمين صرحوا بأنه غير مناسب وذلك لأنه متعب بنسبة 24% وكذلك بطريقة التي فرض عليها، أما فئة الأطباء العامون فقد صرح بأنه مناسب لواجب عائلي أي أن توقيتهم تم الاتفاق عليه وأصبح مناسب، وكذلك صرح الأطباء داخليين بأنه مناسب لأسباب شخصية بنسبة 27 % وكذلك المرضى بنسبة 43 % لأسباب شخصية.

بذلك نجد أن هناك نوعا ما من التفاهم ولو جزئي حول جدول العمل وذلك لمراعاته للأسباب الشخصية و الواجبات العائلية، حيث يسعى المبحوثين للحصول على نظام يساعدهم للتوفيق بين البيت



والعمل وذلك لطبيعة وخصائص العينة التي اغلبهم متزوجين ، في حين لا يتقبله البعض الآخر لكثرة العمل والقلق والتعب وذلك لوجوب ترددهم للمصلحة يوميا وفي كثير من الأحيان مجبرون على القيام بساعات إضافية ، ويصعب اخذ العطل التعويضية مما ينتج عنه إجهادا فيزيقي وذهني ولهذا يرونه متعب ومقلق و لا يتقبلونه أيضا لطريقة التي فرض بها ،لأنهم لم يترك لهم الخيار واجبروا على ذلك ، ولذلك نجد في بعض المصالح تحاول أن تعمل وفق أنظمة غير رسمية بالتفاهم مع الأستاذ رئيس المصلحة.

جدول رقم (37) يبين العلاقة بين العدالة التوزيع للمناوبات والرتبة المهنية:

نوع المناوبات	الرتبة التكرار %	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرضين		مج ك	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
المناوبات النهارية	نعم	5	100%	6	100%	7	88%	2	33%	12	100%	32	86%	32	63%	64	73%
الليالية	لا	0	0%	0	0%	1	13%	4	67%	0	0%	5	14%	19	37%	24	27%
مج ج		5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%
المناوبات الليالية	نعم	5	100%	6	100%	2	25%	2	33%	6	50%	21	57%	33	65%	54	61%
الليالية	لا	0	0%	0	0%	6	75%	4	67%	6	50%	16	43%	18	35%	24	27%
مج ج		5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	100%	100%

إن مفهوم العدالة التنظيمية من الموضوعات الفاعلة والمهمة في حقل الإدارة، وهي متغير ومؤشر مهم في عمليات الإدارة ووظائفها، فهي تسلط الضوء للكشف عن الأجواء التنظيمية و المناخ التنظيمي السائد في المؤسسة و بالتالي بناء تصورات خاصة حول حالات التجاوب و درجات التفاعل التنظيمية، وكذلك الرضا عن الرؤساء و نظم القرار.

تم دراسة العدالة التنظيمية ضمن بعد العدالة التوزيعية التي ضمنها بمؤشر عدالة التوزيع في مناوبات العمل في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة لان عدالة التوزيع لا تضم فقط عدالة المخرجات أو العوائد التي يحصل عليها العامل بل تشمل كذلك عدد ساعات وأعباء العمل والواجبات الوظيفية.

وفي الجدول أعلاه تم طرح تساؤل حول العدالة في توزيع المناوبات وسنتطرق لأعباء العمل في الجدول الموالي وكانت التصريحات كالآتي:

فيما يخص المناوبات النهارية صرح اغلب فئات المبحوثين بوجود عدالة في توزيع المناوبات النهارية على غرار فئة الأطباء العامون الذين صرحوا بعدم وجود عدالة توزيعية في المناوبات النهارية، فصرح الأطباء الجراحون بنسبة 100 % بان هناك عدالة توزيعية للمناوبات النهارية، وصرح كذلك في نفس الاتجاه الأطباء المختصون و الداخليون بنسبة كاملة، و الأطباء المقيمين بنسبة 88 %، بينما صرح أغلب الأطباء العامون بأنه لا توجد عدالة توزيعية للمناوبات النهارية بين الأطباء بنسبة 67 %، أما فئة المرضين فقد صرح أغلبيتهم بنسبة 32 % بأنه توجد عدالة توزيعية للمناوبات النهارية.

أما المناوبات الليلية فقد صرح كل من الاطباء الجراحين والمختصين بوجود عدالة في توزيع المناوبات الليلية، على غرار فئة الاطباء المقيمين والاطباء العامون حيث صرحوا بأنه لا توجد عدالة توزيعية للمناوبات الليلية وجاءت نسبهم كالآتي: فئة الاطباء المقيمين بنسبة قدرت ب 75 %، وفئة الاطباء العامون بنسبة قدرت ب 67 %، في حين انقسمت آراء الأطباء الداخليين بنصف بين مؤيد لوجود العدالة ومعارض لوجودها، لتأتي فئة المرضين الذين صرحوا بوجود العدالة في توزيع المناوبات.

ومن خلال إجابات المبحوثين نلاحظ أن كل من الاطباء الجراحين والأطباء المختصين والمرضى نجد أنهم مدركون للعدالة في كلا التوزيعين، وهذا ما قد يؤدي بهم من ناحية النظرية إلى الارتباط النفسي بالمؤسسة، مما يدفعهم للاندماج في العمل وإلى تبني قيم المنظمة، وقد يسعى بعضهم لمقابلة أو تعويض هذا الأمر وإحدى صور هذا التعويض هو قيامه بأداء عمله بجودة عالية وفق ما تتطلبه وظيفته، وقد تكون أيضا خارج حدود الدور المطلوب منه.

بينما فئة الأطباء المقيمين و العامون والداخليون فقد صرحوا بأنه لا توجد عدالة في توزيع المناوبات الليلية، ومناوبات الأطباء تتم في الاستعجال التي تعمل 24/24 ساعة دون انقطاع ويكون المسؤول الرئيسي الأستاذ رئيس المصلحة الذي يسيرها عن بعد بالرغم من قربه بكل ما يجري فيها خلال تقرير المناوبة كل صباح ماعدا نهاية الأسبوع، بينما يكون جراح المناوبة هو المسؤول في هذه الفترة ( اي المناوبة) وما يحدث فيها ، حيث يكون تغيير يومي للجراحين فنتشكل فرقة المداومة من الجراحين (كبيب مختص مساعد أو استاذ مساعد ) والاطباء المقيمين ومختصين ،من جذع مشترك للجراحة العامة

و من الطلبة المتربصين الداخليين ويحظر يوميا المتربصين الخارجيين و في كل مناوبة يكون هناك مساعد طبي في التخدير ويكون طبيب مخدر على مستوى المستشفى ويكون كذلك ممرض قاعة العمليات.

إن تسيير المناوبات يكون من طرف الجراحين والمقيمين وبسبب كثرت عملهم مع بعض توطدت بينهم علاقات وأصبحت حميمية مع شبه الطبيين ، وتحولت إلى صداقة ويتعاملون مع بعض في الكثير من الحالات ،تعامل لا يستدعي الكتابة من طرف الأطباء بل يكفي التحدث شفويا عن علاج المريض ،ويتم التشاور والمناقشة في كثير من الأحيان على الحالات وتكون حتى الطرق المختلفة للتكفل في إطار مهامه وتفوض الكثير من المهام وتترك المبادرة للشبه الطبيين وخاصة الذين تعودوا التعامل معهم لأنهم على ثقة وبالرغم من كثرة العمل آنذاك إلا انه يوجد تعاون والعمل بالفرقة .

الأطباء قد ألفوا الاتكال على الممرضين في كثير من الأمور كتحضير مواد العمل والقيام بالتكفل عند الاستعجال لأنه يعرف كيف يتصرف في غيابه ويعتمدون عليهم في توجيه الطبيين الداخليين أو المقيمين في بداية مسارهم.

معظم الاطباء في الليل يقضون الليل في منازلهم بالرغم من كونهم في المناوبة وهذا ما جعل الجراحون يكرهون المناوبة في الليل، لأنهم مجبرون على تسيير القلق الناتج عن الحالات الجراحية المستعصية اضافة الى مشاكل التسيير في المصلحة، اضافة الى ان الاستاذ رئيس المصلحة لا يبالي بالمشاكل ويتقبل كل الاقتراحات الادارة وقد يكتفي بعقاب المهنيين عن طريق خصم الرواتب الشهرية، لكن دورهم يتمثل في تسيير الحالات المرضية وليس المهنية ولكن كل جزء مكمل لآخر هنا تحدث المشكلة.

## جدول رقم (38) يبين العلاقة بين العدالة التوزيع للمهام والرتبة المهنية:

الرتبة التكرار % الاحتمالات	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرمضين		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	5	100%	5	83%	2	25%	1	17%	10	83%	27	73%	30	59%	57	65%
لا	0	0%	1	17%	6	75%	5	83%	2	17%	10	27%	21	41%	31	35%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

بعدما يتم تحديد النشاط العام للمنظمة لتتمكن من تحقيق أهدافها يجري تقسيم هذا النشاط وتجزئته إلى أنشطة ووظائف رئيسية، ويوجد داخل نطاق كل وظيفة من الوظائف العديد من التقسيمات الوظيفية الفرعية التي تزداد تفريعا بدورها حتى تنتهي بنا إلى المهنة أو العمل الواحد الذي يقوم على انجازه شخص واحد بعينه، وبالتالي يتم تحديد أعباء ومهام وواجبات محددة تصبح أساسا لتكوين الأعمال والوظائف التي يمكن أن تعهد للأفراد القيام بإنجازها.

من المعروف أن المؤسسة الاستشفائية تتميز بالتقسيمات العديدة والشديدة التفرع وتضم حشدا هائلا من الوظائف والجماعات المهنية التي تحتاج إلى تنسيق العمل، ولم شمل الأجزاء يمثل دائما الوجه الآخر لعملية تقسيم العمل أي نحتاج دائما إلى التضامن والتنسيق أي هي مجال يقوم على التكامل الوظيفي، وتقسيم العمل فيها مرتبط بخاصية التخصص وترتيب المهني.

وبذلك فإن الوظائف تختلف فيما بينها من حيث نطاق الإشراف وهذا شيء متوقع ومنطقي كما انه من المتوقع أيضا أن تتطلب بعض الوظائف توفر مؤهلات عالية في القائمين عليها، ولكنها في النهاية على نفس الدرجة من الأهمية بالنسبة لسير العمل في المؤسسة الاستشفائية، فلا يمكن غياب أي فئة دون أن يعود ذلك بالضرر على جودة الخدمات الصحية، لذلك يحتم التنظيم الوظيفي دائما وجود كل فئة نظرا للخاصية الوظيفية التي تقدمها المستشفى إذ أنها عملية متتابعة تعتمد على بعضها البعض.

و لاشك أن ممارسي الصحة يخضع في إطار علاقات العمل لواجبات يجب تأديتها كما تم تصميمها ويلعب تصميم العمل دورا هاما في فعالية المنظمة وكفاءتها ، وفي حياة ممارس الصحة نفسه الذي يؤدي العمل بالطريقة التي يتم تم تصميم الأعمال بها وبهذا فهي تساعد كثيرا على زيادة فعالية المؤسسة في تحقيق أهدافها أو العكس كما قد تعود على العاملين بكثير من نتائج الايجابية أو السلبية

ومن بين خصائص البنائية لتصميم العمل الذي يضم وصف الوظيفة أن يكون عادل في توزيع المهام و أن يعدل بينه وبين غيره من العمال في نفس وظيفته وعدم عمل مهام غيره ،لذلك تم التساؤل تبعا عن عدالة توزيع المهام كقيمة معبرة عن العدالة التوزيعية ومكملة للسؤال الذي قبله وكانت الإجابات كالآتي:

صرح أغلب الاطباء الجراحين أن هناك عدالة في توزيع المهام بنسبة 100 %، وفي نفس السياق صرح الأطباء المختصين بوجود العدالة بنسبة 83 %، وكذلك الاطباء الداخليين بنسبة 83%، وكذلك المرضين بنسبة 59%، بينما صرح أغلبية الاطباء المقيمين والعامون بعدم وجود العدالة بنسبة 75% مثلها الاطباء العامون وبنسبة 83% مثلها الأطباء الداخليون.

تشير هنا النتائج إلي انه لا يتم توزيع المهام بتساوي ومن خلال الملاحظات والمقابلات التي تمت نستنتج أن هناك ضغط على بعض الفئات ، وهذه الفئات هي فئة الأطباء المقيمين باعتبارهم قيد الدراسة فهم تابعين لممارسي السلطة الغير رسميين من الأطباء الجراحين والمختصين ، السلطوي وهنا يتم الضغط عليهم بحجة التريص والتمرس باعتبار الفئة الأولى تملك الخبرة الفنية والفئة الثانية هي باحثة عن الخبرة الفنية ، وهذا أيضا ما تم التحقق منه في الجدول السابق الخاص بالعلاقة بين العدالة التوزيع للمناوبات و الرتبة المهنية، نجد أن هذه الفئة أيضا صرحت بأنه لا توجد عدالة توزيعية للمهام خصوصا في المناوبات الليلية، ونفس التصريح بنسبة للأطباء العامون باعتبارهم ادني الهرم وتحت الضغط المهني الممارس عليهم من قبل مالكي السلطة الرسميين والغير رسميين.

## جدول رقم (39) يبين كيفية انجاز المهام والأعمال في مصالح العمل:

الرتبة التكرار % الاحتمالات	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرمضين		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	5	100%	6	100%	7	88%	4	67%	9	75%	31	84%	46	90%	77	88%
لا	0	0%	0	0%	1	13%	2	33%	3	25%	6	16%	5	10%	11	13%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

و من خلال الشواهد الكمية المبينة أعلاه نلاحظ أن اغلب المبحوثين صرحوا بان عملهم يتم على شكل جماعي ويتنسيق مع فريق عملهم ولقد كانت النسب كالاتي: صرح الاطباء الجراحون بنسبة 100%، والاطباء المختصون بنسبة 100 % ، والاطباء المقيمين بنسبة 88%، والاطباء العامون بنسبة 67%، والممرضين بنسبة 90 %، ليكون المجموع الكلي لمن صرحوا بأنهم يقومون بعملهم بشكل جماعي نسبة 88% من المجموع الكلي.

هذا ما تفرضه الخصائص الوظيفية للمؤسسة الاستشفائية لان العملية الإنتاجية داخلها ترتبط بمجموعة من الوظائف التي ترتبط ببعضها البعض، ولكن يبقى التساؤل المطروح هل هذه الجماعات هي جماعات حقيقية يعمل أفرادها بشكل تعاوني ويكون الجهد النهائي مشتركا حيث لا يمكن تمييز مقدار الجهد الفردي من جهد الجماعة، أو جماعات اسمية يعمل أفرادها بشكل تعاوني ولكن الجهد النهائي يكون فرديا أو بلغة أخرى يمكن تمييز الجهد الفردي ضمن إنتاجية الجماعة.

## جدول رقم يبين (40) مدى مناسبة العمل الجماعي للمبجوثين:

الرتبة التكرار % الاحتمالات	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرمضين		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	5	100%	5	83%	5	63%	3	50%	9	75%	27	73%	33	65%	60	68%
لا	0	0%	1	17%	3	38%	3	50%	3	25%	10	27%	18	35%	28	32%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

و من خلال الشواهد الكمية المبينة أعلاه نلاحظ أن اغلب المبجوثين صرحوا بان فريق عملهم مناسب ولقد كانت النسب كالاتي: صرح الأطباء الجراحين بنسبة 100%، والأطباء المختصين بنسبة 83 % ، والأطباء المقيمين بنسبة 63%، والأطباء العامون بنسبة 50%، والمرمضين بنسبة 65 %، ليكون المجموع الكلي لمن صرحوا بأنهم يقومون بعملهم بشكل جماعي بنسبة 68% .

إن تقديم الخدمات الصحية كما ذكرنا هي عملية إنتاجية واحدة تكون مقسمة بشكل تعاوني إلا أن الأعباء الفردية للعاملين فيها فقد لا تكون محددة تحديدا دقيقا ، وبالتالي يكون للفرد الواحد الذي يتحمل جزئية من جزئيات العملية حرية اختيار واسعة نسبيا، بحيث يستطيع ممارس الصحة أن يعدل من استجابته تبعا لظروف العمل أو ظروفه الشخصية، بل من الممكن أن يتبادل مع زملائه مواقعهم ليخففوا عن بعض عبئ جزئية معينة شاقة من جزئيات العملية الإنتاجية للخدمة المقدمة للمريض وهذا هذا النوع من التعاون يطلق عليه اسم تعاون الفريق الواحد، لكن ما لاحظناه أثناء إجراء الدراسة الميدانية وأثناء احتكاكنا بممارسي الصحة والحوار معهم وبناء علاقات جيدة أن هذا أدى إلى وجود عدد من الأفراد لا يتحملون المسؤولية ويتقاعسون و لا يبذلون أعلى طاقة لديهم لوجود من يعوضهم في الفريق الذي يعمل بضمير مهني بدل التكاسل الوظيفي لدى البعض والاختباء تحت ظل المجموعة ، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى انخفاض أداء المجموعات الحقيقية ، وهنا قد ينتج عنها الاعتماد على جهد الآخرين دون أن يبذل الفرد أي جهد وهذا قد يولد توترات ويقلل من إنتاجيتهم وكذلك محاولة تغير الفريق بحثا عن الأفراد المتعونة، بالإضافة إلى الاعتقاد السائد في المجموعة أن الجهد العالي لن ينال الاستحسان أو الثواب، وان الثواب سيكون متساويا للأعضاء بغض النظر عن الجهد المبذول، كذلك يعتقد البعض أن أعلى جهد لهم هو أمر غير مطلوب أصلا بسبب عدم القدرة على التعرف على الجهد الفردي من أداء

الجماعة، فنلاحظ من هنا أن الأعضاء قل وعيهم الذاتي بأهمية عملهم الذي هو متعلق بحياة إنسان فجهده يساعد في شفاء المريض وتفاعسه قد يؤدي بوفاة المريض .

ونلاحظ كذلك أن الفرد أثناء العمل الجماعي يجد نفسه في حيرة عن الجهد الذي يبذله وهنا يتخذ القرار بما يتناسب مع مصالحه الشخصية إذا كان في حالة مأزق أو حيرة أي هنا أولوية الشخصية على المهنية وهذا ما تم التأكد منه في الجدول الذي يبين العلاقة بين الوظيفة وسبب ملائمة توقيت العمل للمبجوثين الذي تم التوصل الى ان سبب لملائمة هو سبب شخصي .

جدول رقم (41) يبين علاقة تقسيم العمل بجودة الخدمات الصحية :

الرتبة	الجراح	المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرمضين		مج ك	التكرار %	الاحتمالات
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%			
3	60%	1	17%	6	75%	5	83%	5	42%	20	54%	16	31%	36	41%	نعم
2	40%	5	83%	2	25%	1	17%	7	58%	17	46%	35	69%	52	59%	لا
5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%	المجموع

إن التخصص في العمل هو الأسلوب الطبيعي الذي يؤدي إلى نمو المؤسسات و تقدمها حيث أن التخصص يؤدي إلى زيادة الإنتاجية عن طريق خفض عناصر العمل المطلوبة ويسهل على الفاعل استيعاب العمل في اقل وقت وبأقل جهد، ويتناول الجدول إجابات المبجوثين حول علاقة تقسيم العمل بجودة الخدمة الصحية .

من خلال إجابات المبجوثين نلاحظ أن هناك اختلاف بين ممارسي الصحة على حسب رتبهم، حيث صرح اغلب المبجوثين من فئة الاطباء الجراحين بنسبة 60 % بان تقسيم العمل يؤدي إلى الجودة في الخدمات المقدمة، وما يفسر هذه النتائج طبيعة عمل هذه الفئة حيث نجد أن كل جراح مختص في حالات مرضية معينة أي الانفرادية في العمل هي أساس عمله، بينما فئة الاطباء المختصين صرح أغلبيتهم بنسبة 75% بأن تقسيم العمل لا يؤدي إلى جودة الخدمات الصحية برغم من تشابه عمل الطبيب المختص بالجراح إلا أنهم صرحوا عكس الجراحين واعتبروا ان تقسيم العمل معيق ولا يزيد من جودة الخدمات الصحية.



اما فئة الاطباء المقيمين صرح أغلبهم بان تقسيم العمل يساعد على تقديم خدمات جيدة بنسبة قدرت ب75% ، وما يفسر هذه النسبة أن هذه الفئة تتعرض لضغط مهني من قبل الأطباء المختصين، بل وطبيعة مستواه تفرض ذلك لأنهم في مرحلة التدريب لهذا فإنهم يؤيدون فكرة تقسيم العمل على اعتبار أن تصبح مهامهم محددة ويتخلصون من سلطة الملقنين.

اما فئة الأطباء العامون صرحوا أيضا بنفس اتجاه الأطباء المقيمين بنسبة 83% لأنهم أيضا يتعرضون لضغط مهني كبير ويعتبرون كذلك في ادني السلم لسلك الطبيين.

أما فئة الأطباء الداخليين فقد صرحوا بنسبة 58% بان تقسيم العمل لا يؤدي إلى الجودة في العمل لاعتبار هذه الفئة في طور التريص وتحتاج للمساعدة لأداء عملها لنقصها للخبرة المهنية وعدم تمكنها لتشخيص والمعالجة إلى بأمر وتوجيه من المنطريين.

أما السلك الشبه طبي فقد صرحوا بان تقسيم العمل لا يؤدي إلى الجودة في العمل بنسبة 69% أي أنها تفضل أسلوب الجماعة، وهو ما يؤكد فكرة تفضيل الاختباء تحت ظل المجموعة التي تم طرحها في الجدول (40) الذي يبين مدى مناسبة العمل الجماعي للمبجوثين.

جدول ( 42 ) يبين رأي المبحوثين في تقسيم العمل:

التكرار %		الرتبة		الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرضى		مج ك	
الاحتمالات																			
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
2	14%	1	7%	4	31%	0	0%	5	20%	12	16%	9	10%	21	13%	2	14%	3	21%
3	21%	1	7%	3	23%	5	50%	1	4%	13	17%	5	6%	18	11%	3	21%	3	21%
3	21%	1	7%	4	31%	4	40%	3	12%	15	20%	7	8%	22	14%	3	21%	3	21%
8	57%	3	21%	11	85%	9	90%	9	36%	40	53%	21	24%	61	38%	8	57%	8	57%
2	14%	5	36%	1	8%	1	10%	4	16%	13	17%	24	28%	37	23%	2	14%	2	14%
2	14%	3	21%	1	8%	0	0%	6	24%	12	16%	16	18%	28	17%	2	14%	2	14%
2	14%	3	21%	0	0%	0	0%	6	24%	11	14%	25	29%	36	22%	2	14%	2	14%
6	43%	11	79%	2	15%	1	10%	16	64%	36	47%	65	76%	101	62%	6	43%	6	43%
14	100%	14	100%	13	100%	10	100%	25	100%	76	100%	86	100%	162	100%	14	100%	14	100%

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه أن فئة الأطباء الجراحين الذين صرحوا بنسبة 60 % بان تقسيم العمل يؤدي إلى الجودة في الخدمات المقدمة قد بررت إجابتها حسب الجدول الموالي بأنه يختصر الوقت ويقلل الجهد بنفس النسبة 21 % وهي النسبة الأعلى ، بينما فئة الأطباء المختصين صرح أغلبيتهم بنسبة 75% بأن تقسيم العمل لا يؤدي إلى جودة الخدمات الصحية قد بررت إجابتها حسب الجدول الموالي بأنه يؤدي إلى عدم انجاز المهام بدقة بنسبة قدرت ب36 %، لتأتي الفئة الاطباء المقيمين الذين صرح أغلبيتهم بان تقسيم العمل يساعد على تقديم خدمات جيدة بنسبة قدرت ب75% وقد بررت إجابتها حسب الجدول الموالي بأنه يؤدي إلى انجاز المهام بدقة واختصار الوقت و قدرت بنسبة 31 % ، أما فئة الأطباء الداخليين فقد صرح أغلبيتهم بنسبة 58 % بان تقسيم العمل لا يؤدي إلى الجودة في العمل قد بررت إجابتها حسب الجدول الموالي بأنه يؤدي إلى عدم اختصار الوقت والى العبء الوظيفي و قدرت بنسبة 24 % ، أما السلك الشبه طبي فقد صرح بان تقسيم العمل لا يؤدي إلى الجودة في العمل بنسبة 69 % بررت إجابتها حسب الجدول الموالي بأنه يؤدي إلى العبء الوظيفي بنسبة قدرت ب 29 %.

ومن خلال ملاحظة الجدول نجد أن اكبر احتمال حاز على تأكيد المبحوثين الذين صرحوا بان تقسيم العمل يساعد على تقديم خدمات جيدة من خلال احتمال " التقليل من الجهد" ، وفي المقابل نجد الفئة التي صرحت بان تقسيم العمل لا يساعد على الأداء الجيد وتقديم خدمات جيدة اشتركت في احتمال

" العبء الوظيفي " وهذا ما يجعلنا نتساءل هل تقسيم العمل مرتبط بصفة أولية بخاصية التعب والجهد هل هنا تكمل فعالية تقسيم العمل من عدم فعاليته في نظر ممارسي السلطة ؟

جدول رقم(43) يبين التكلفة بالمهام غير رسمية وعلاقتها بجودة أداء المهام الرسمية :

الرتبة	ك	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرضى		مج ك	
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
نعم أكلف	0	0%	1	17%	2	25%	3	50%	7	58%	13	35%	12	24%	25	28%	
بمهام غير رسمية	2	40%	0	0%	0	0%	0	0%	2	17%	4	11%	11	21%	15	17%	لا تعيق
لا أكلف بمهام غير رسمية	2	40%	1	17%	2	25%	3	50%	9	75%	17	46%	23	45%	40	45%	لا تعيق
لا أكلف بمهام غير رسمية	3	60%	5	83%	6	75%	3	50%	3	25%	20	54%	28	55%	48	55%	لا تعيق
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%	

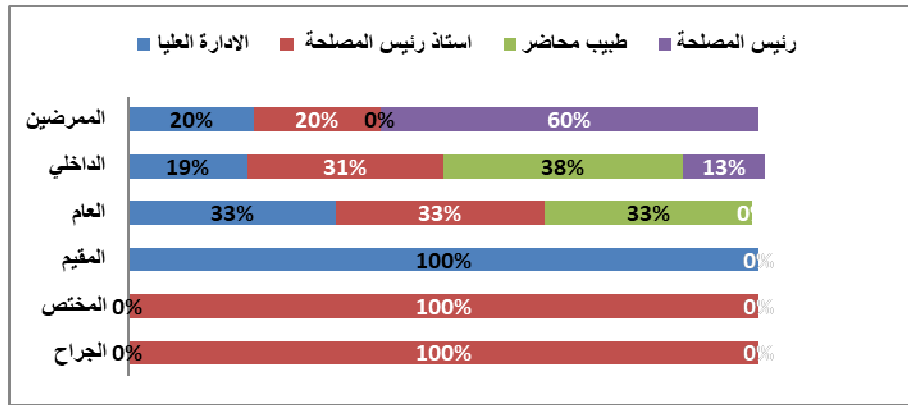
من خلال الشواهد الكمية المبينة أعلاه نلاحظ التقارب النسبي في نسب تصريحات الباحثين حول تكليفهم بمهام خارجة عن نطاق عملهم بنسبة قدرت ب55% وعدم تكليفهم بها بنسبة قدرت ب 45%، وكانت اغلب الفئات المصرحة بعدم تكليفهم بالمهام الخارجة عن نطاق عملهم الرسمي هم : الاطباء الجراحين بنسبة قدرت ب 60%، والأطباء المختصين بنسبة قدرة ب 83 %، و الأطباء المقيمين بنسبة 75% ، والمرضى بنسبة 55%، بينما كانت اغلب الفئات المصرحة بأنها تكلف بمهام خارج نطاق عملها الرسمي هم الأطباء الداخليين بنسبة 75%، والاطباء العامون بنسبة 50%.

إن اغلب ممارسي الصحة يتجنبون تلبية المهام الغير الرسمية لأنها تخرج عن إطارها القانوني إلى الإطار الغير قانوني، وهنا يصبح الفاعل غير محمي ومعرض للمعاقبة في حالة حدوث أي خطأ بالإضافة إلى تجنب المشاكل نظرا للوعي الذي أصبح لدى المرضى وعائلاتهم والمطالبة المستمرة لحقوقهم، أما فيما يخص بتكليفهم لمهام ليست من مهامهم فهذا راجع إلى غموض المكانة والمهام الموكلة لكل فئة رسميا (أي المكتوبة في الجريدة الرسمية) خاصة الشبه الطبيين والطلبة سواء المقيمين أو الداخليين وهذا ما يسبب خلط في المهام.

والفئة الأخرى التي صرحت بانها تكلف بمهام غير مهامها فهي تقوم بها بصفة غير قانونية واغلبها ليست من نطاق مهامها كالأعوان شبه الطبيين مثلا والأطباء العامون الذين اغلبهم يعملون في الاستعجالات وهي مصلحة شديدة التوتر والمريض يكون مستعجل فيها ما يضطرهم لتدخل الفوري أو نظرا للنقص أو تقاعس فريق العمل أو تغطية على زميل العمل أو بطلب منه لانشغاله بأمور أخرى.

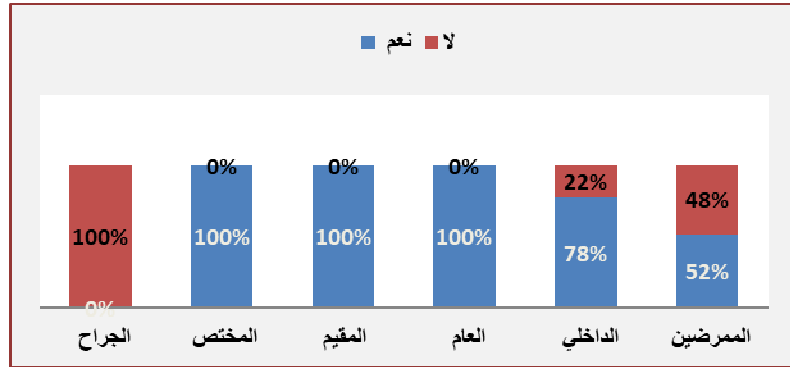
اهم شيء ميز المستشفى هو خضوع معظم المصالح للطرق القانونية ويدل ذلك على أن التنظيم رسمي هو المنتشر أكثر، لكن هذا لا ينفي وجود التنظيم الغير الرسمي وإنما لا يعترف المستخدمون لتطبيقهم لمهام لا تتدرج في إطار غير رسمي قانوني، والشكل المولي يبين من يكلفهم بالمهام الغير رسمية.

شكل رقم (77) يبين من يكلف المبحوثين بالمهام الغير رسمية:



من خلال الشكل البياني نلاحظ إجابات كل المبحوثين كانت أن المسئول الأعلى منها، ولم تصرح باحتمال الزملاء بالرغم من ملاحظتنا أنهم يؤدون أعمال بعضهم في معظم الأحيان ، ومن خلال تصريحاتهم نجد أنهم مجبرين نوعا ما وبطريقة غير قانونية ضاغطة لأدائهم المهام الغير رسمية الموكلة إليهم ، و التي هي غير رسمية لكن يعتبر أدائها رسمي من حيث طبيعتها وان لم يؤديها قد تعتبر عصيان يعاقب عليها بطريقة غير مباشر وبطرق عدة وهذه المعاقبات تؤخذ أسباب يشرعها المسئول الأعلى بعدة طرق قانونية، ولكن السؤال الذي يطرح نفسه هنا هل هذه المهام تعيقك على أداء عملك الرسمي بجودة المطلوبة أم لا وهذا ما سوف نبينه في الشكل الموالي

شكل رقم (78) يبين مدى إعاقة المهام غير الرسمية للأداء الجيد :



صرحت فئة الاطباء الجراحين بنسبة 100 % بان المهام الغير رسمية الموكلة لهم لا تعيقهم عن أداء مهامهم ، بينما باقي الفئات فقد صرح اغلبهم بان هذه المهام تعيقهم عن تأدية مهامهم وكانت النسب كالاتي صرح كل الفئات 100 % التي أدلت أنها تؤدي مهام خارج نطاق عملها من فئة الاطباء المختصين والاطباء المقيمين و العامون أنها تعيقهم عن تأدية مهامهم الرسمية ، بينما صرح المرضى بنسبة 52 % بأنها تعيقهم عن تأدية مهامهم.

جدول رقم (44) يبين مدى كفاية الكوادر الطبية والشبه الطبية وتأثيرها على جودة الخدمات

الصحية:

التكرار %		الرتبة		الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		المرضين		مج ك	
الاحتمالات		كافية		ك		ك		ك		ك		ك		ك		ك	
%		ك		%		ك		%		ك		%		ك		%	
51%	45	43%	22	66%	8	17%	1	38%	3	100%	6	100%	5	كافية			
39%	34	47%	24	17%	2	83%	5	38%	3					أثرت			
11%	10	10%	5	17%	2	0%	0	24%	2					لم تؤثر			
49%	43	57%	29	34%	4	83%	5	63%	5					مج ج			
100%	88	100%	51	100%	12	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5	مج ك			
47%	41	41%	21	50%	6	33%	2	38%	3	83%	5	80%	4	كافية			
36%	32	43%	22	25%	3	67%	4	38%	3	0%	0	0%	0	أثرت			
17%	15	16%	8	25%	3	0%	0	24%	2	17%	1	20%	1	لم تؤثر			
53%	47	59%	30	50%	6	67%	4	63%	5	17%	1	20%	1	مج ج			
100%	88	100%	51	100%	12	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5	مج ك			

من خلال نتائج الجدول السابقة والتي تبين مدى كفاية عدد ممارسي الصحة في القيام بأدائها بفعالية وهل النقص العددي يؤثر على الأداء وعلى جودة الخدمة المقدمة توصلنا إلى النتائج التالية:

صرح اغلب الباحثين من فئة الأطباء الجراحين والأطباء المختصين بان العدد كافي في المناوبات النهارية بنسبة قدرت ب100 %، وكذلك صرحوا بان عددهم كاف في المناوبات الليلية بنسبة قدرت ب 80% لفئة الأطباء الجراحين و 83% لفئة الأطباء المختصين ، أما باقي الفئات فقد صرحت بان عددهم غير كاف لأداء المهام وجاءت نسب تصريحاتهم كالاتي: صرحت فئة الأطباء المقيمين بان عددهم غير كاف لأداء المهام في المناوبات النهارية بنسبة قدرت ب 63% ونفس النسبة صرحت كذلك أنهم غير كافون لأداء مهامهم في الليل، و صرحت فئة الأطباء العامون بان عددهم غير كاف لأداء المهام في المناوبات النهارية بنسبة قدرت ب83 %، وصرحت بنسبة 67 % بأنهم غير كافون لأداء مهامهم في الليل، وقد صرح أغلبيتهم بان هذا النقص يؤثر على جودة أدائهم فبدل التركيز على خدمة المريض يجد ممارس الصحة نفسه يعالج نوع آخر من المشاكل وهي البحث عن الكادر الطبي لتدخل، وهذا الخلل يكون في الغالب في الليل وهو ما يواجهه الأطباء المقيمين عند حدوث حالة استعجاليه

تستدعي تدخل مختص أو جراح وتكون خارج من نطاق صلاحياته وهنا يكون المختص غائب هذا ما تم لذا فان الأطباء صرحوا بتعبهم النفسي أكثر من الجسدي، بينما فئة الاطباء الداخليين فقد صرح اغلبيتهم بالكفاية في كلتا المناوبتين و ما يبرر اجابتها انها شبه معفية ومسيرة فقط بغرض التريص فقط واغلب مهامها محدودة في نطاق الدراسة فقط .

في نفس السياق صرح اغلب فئات الممرضون بان عددهم غير كاف في كلتا المناوبتين فكانت تصريحاتهم بنسبة 57% في النهار وبنسبة 59% في الليل، وقد اعتبروا أن هذا النقص اثر على جودة أدائهم، إذ كلما قلت اليد العاملة قلت الخدمات المقدمة و زاد الضغط على الممرض فهنا يحدث معوق وظيفي يحول دون تقديم خدمة جيدة، فالممرض لا يستطيع أن يقدم الخدمات الكافية لأنه لا يستطيع أن يسير قسم به العديد من المرضى، وهذا النقص في الكادر الشبه طبي يؤدي به إلى مضاعفة العمل مما قد يؤدي إلى احتمال ارتكاب أخطاء مهنية، وقد اقترحوا أن تكون الفرق متكافئة إذ ما تم ملاحظته نقص الأعداد في الفرق الليلية .

جدول رقم (45) يبين جودة الخدمات الصحية ( النوعية، المعاملة، السرعة) للمبوحثين وعلاقتها

بالمناوبات :

مج ك	السلك الطبي														السلك		
	السلك شبه طبي				السلك الطبي										الرتبة	تكرار %	
	المرضى		مج ج		الداخلي		العام		المقيم		المختص		الجراح		الاحتمالات		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	ك	
																	المناوبات
72%	63	71%	36	73%	27	92%	11	33%	2	75%	6	100%	6	40%	2		النهارية
2%	2	4%	2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0		المناوبات
																	الليلية
26%	23	25%	13	27%	10	8%	1	67%	4	25%	2	0%	0	60%	3		معا
100%	88	100%	51	100%	37	100%	12	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5		مج ج
																	المناوبات
45%	40	37%	19	57%	21	83%	10	0%	0	63%	5	100%	6	0%	0		النهارية
5%	4	6%	3	3%	1	0%	0	17%	1	0%	0	0%	0	0%	0		المناوبات
																	الليلية
50%	44	57%	29	41%	15	17%	2	83%	5	38%	3	0%	0	100%	5		معا
100%	88	100%	51	100%	37	100%	12	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5		مج ج
																	المناوبات
79%	69	74%	37	86%	32	92%	11	67%	4	88%	7	100%	6	80%	4		النهارية
6%	5	10%	5	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0		المناوبات
																	الليلية
15%	13	16%	8	14%	5	8%	1	33%	2	13%	1	0%	0	20%	1		معا
100%	87	100%	50	100%	37	100%	12	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5		مج ج

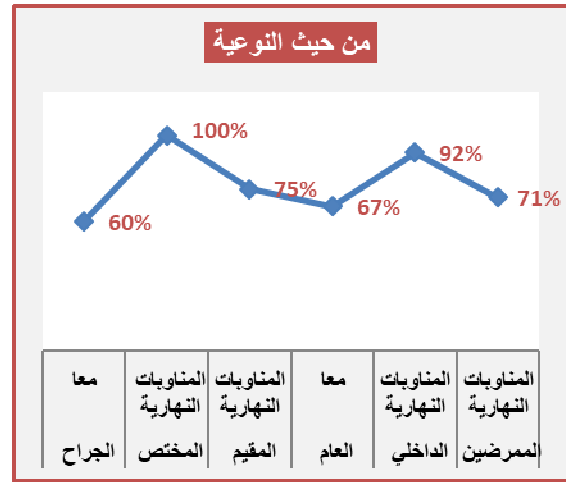
إذا نظرنا لمعنى الجيد في اللغة أصلها من الجود نقيض الرديء، وهو هدف يسعى لتحقيقه أي نظام صحي ولا بد من ضمان توفره، وفي هذا الجدول حاولنا معرفة مدى جودة الخدمات الصحية من خلال ثلاث مؤشرات وهي مؤشر النوعية ومؤشر المعاملة وسرعة الحصول على الخدمة وذلك من خلال التقسيم العمل المعتمد في مؤسسة الاستشفائية والذي يضم مناوبتين كما تم التطرق إليها من قبل مناوبات نهارية ومناوبات ليلية.



إن مؤشر النوعية نعني به درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة، أي أن هذا البعد يهتم بأن يتم تقديم الخدمة بطريقة صحيحة وشكل الموالى المستنتج من الجدول السابق يبين اغلب إجابات الباحثين حول هذا المؤشر:

شكل بياني رقم (79) يبين تصريح اغلب الباحثين حول العلاقة بين نوعية الخدمة و المناوبة:

نلاحظ من خلال الشكل الاتي أن اغلب الباحثين من فئة الاطباء الجراحين بنسبة 60% صرحوا بان النوعية موجودة في المناوبتين وهو نفس تصريح الأطباء العامون بنسبة 67%، أما فئة الاطباء المقيمين والداخليين والمرضين فقد صرحوا بان الجودة من حيث النوعية موجودة في المناوبات النهارية وكانت النسب كالاتي فئة المختصين بنسبة 100% وفئة الداخليين بنسبة 92%، وفئة الممرضين بنسبة 71% .

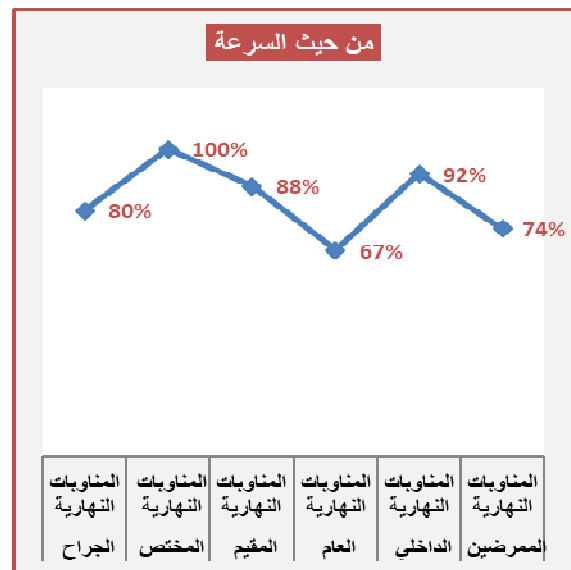


أما المؤشر الأخر وهو السرعة في تقديم الخدمة وسهولة الوصول لها وتعني بالإضافة إلى أن هذا البعد يعكس مدى التزام الكادر الطبي والتمريضي بمواعيد العمليات والعلاج وإعطاء المريض ما يحتاجه من خدمات تمريضية أو طبية، وشكل الموالى المستنتج من الجدول السابق يبين اغلب إجابات الباحثين حول هذا المؤشر:

شكل بياني رقم (80) يبين تصريح اغلب الباحثين حول العلاقة بين سرعة الخدمات ونوع المناوبة:

نلاحظ من خلال الشكل الاتي أن اغلب الباحثين من كل الفئات صرحوا بان السرعة في تقديم الخدمة تكون في المناوبات النهارية وجاءت النسب كالاتي:

فئة الأطباء الجراحين صرحوا بنسبة 80%، وفئة الأطباء المختصين بنسبة 100%، وفئة الأطباء المقيمين بنسبة 88%، وفئة الأطباء الداخليين بنسبة 92%، وفئة الممرضين بنسبة 74%. وبذلك كل الفئات أكدوا على أن السرعة موجودة في المناوبات النهارية.

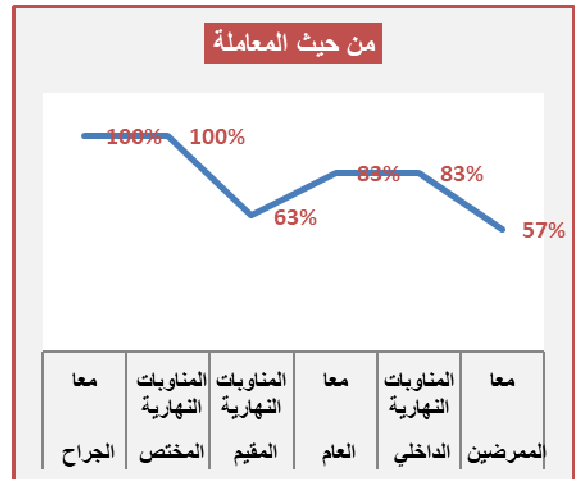


أما مؤشر المعاملة والعلاقة الجيدة بين الأفراد (ويطلق عليه أيضا بعد التعاطف) يقيس هذا البعد هنا العلاقة بين المراجعين (المرضى) والفريق الصحي في كلتا المناوبتين ،لان العلاقة الجيدة تبعث على الثقة والاحترام والاستجابة وتساهم في انجاز المشورة الطبية واستجابة المرضى للتعليمات الطبية والعلاقات السيئة أو غير الجيدة تساعد على عدم استجابة المريض للتعليمات المغطاة له ،وتضعف فعالية الخدمة الصحية، ويعكس هذا البعد أيضا قدرة الأطباء والتمريض على التحدث مع المريض بأسلوب جيد يبعث الأمل والطمأنينة في نفس المريض، وشكل الموالي المستنتج من الشكل السابق يبين اغلب إجابات المبحوثين حول هذا المؤشر:

شكل بياني رقم (81) يبين تصريح اغلب المبحوثين حول العلاقة بين المعاملة الجيدة ونوع

المناوبة:

نلاحظ من خلال الشكل الاتي أن كل المبحوثين من فئة الأطباء الجراحين والأطباء العامون والمرضى صرحوا بان المعاملة الجيدة موجودة في المناوبتين، أما فئة الأطباء المختصين و المقيمين والداخليين فقد صرحوا بان الجودة من حيث النوعية موجودة في المناوبات النهارية وكانت النسب كالاتي فئة الأطباء المختصين بنسبة 100% وفئة الاطباء المقيمين بنسبة 63%، وفئة الداخليين بنسبة 83%.



من خلال ما سبق نلاحظ أن المبحوثين صرحوا أن المناوبات النهارية هي أكثر جودة سواء من ناحية النوعية أو السرعة وحتى المعاملة وهذا ما يدعم نتائج الجدولين السابقين، وكانت مبرراتهم تصبو في نفس مبررات تفضيلهم للمناوبات النهارية فمن ناحية برروا أن الجودة مرتبطة بشخصية ممارس الصحة و ضميره المهني ومدى استعداداته الدائم على تقديم واجبه المهني الذي اقسام على أدائه، ومن ناحية أخرى برر تفضيله للمناوبات النهارية بسبب صعوبة العمل الليلي مقارنة بالعمل النهاري الذي تتخفف فيه المعوقات الوظيفية، وان وجدت فمحاولة البحث عن تعديلها قابلة لتطبيق وذلك للقدرة على التوصل للكوادر الطبية والقدرة على الحصول على الموارد المادية وكذلك سهولة الاتصال بمصالح المساعدة مثل المخبر والمصلحة الأشعة بصفة أكثر من المناوبات الليلية التي يكون فيها الاتصال شبه صعب والحصول على الموارد والكوادر الطبية أصعب نسيباً، وقد يكون مثلاً المسئول عن حالة

المريض غير مناوب في تلك الليلة مما يبطئ من التدخل وقد يكون المختصة في حالة أكثر استعجالاً مما يستدعي الانتظار.

كما توجد نسبة معتبرة اعتبرت أن العمل ذو جودة في كلا المناوبتين وأن التقسيم لم يؤثر على جودة الخدمات الصحية وهذه الفئة في أغلبها هي فئة الأطباء العامون والجراحون.

**جدول رقم ( 46 ) يبين المناوبة المفضلة للفاعلين الاجتماعيين في مؤسسة الاستشفائية:**

الرتبة التكرار % الاحتمالات	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرمضين		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مناوبات نهائية	5	100%	6	100%	8	100%	4	67%	12	100%	35	95%	35	69%	70	80%
مناوبات الليلية	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16	31%	16	18%
معا	0	0%	0	0%	0	0%	2	33%	0	0%	2	5%	0	0%	2	2%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أغلب المبحوثين من كل الفئات صرحوا بتفضيل المناوبات النهارية على المناوبات الليلية حيث صرح كل المبحوثين بذلك من فئة الاطباء الجراحين والمختصين والمقيمين والداخليين ، بينما صرح الأطباء المقيمون بتفضيلهم للمناوبات النهارية بنسبة قدرت ب 67% ونسبة 33% بأنه يفضل المناوبات معا لأنه متربص ويتدرب على كل الأوضاع ليصبح جراح جيد ، والمرمضين بنسبة 69% يفضلون المناوبات النهارية ونسبة 31% المناوبات الليلية .

عند التمعن في الجدول نجد أن المرمضين فقد من صرح بتفضيله للمناوبات الليلية على غرار باقي الفئات، و أغلبهم يعملون في المصالح الاستشفائية وليس في الاستعجالات فهذه المصالح تتميز بتوتر نسبي في العمل خصوصا في الليل وهم تابعين يعملون تحت إرشادات الأطباء على عكس الأطباء الذين يعتبرون متدخلين معالجين أي يتحملون تقريبا كل المسؤولية خصوصا في الليل وجاءت مبرراتهم كالآتي:

مبررات الأغلبية لتفضيلهم الوقت النهاري كانت مجملها تصب ثلاث اتجاهات مبررات شخصية ومبررات مورفولوجية خاصة بالبناء الجسمي ومبررات موضوعية خاصة بخصائص الممارسات الوظيفية القائمة في المستشفى:

- المبررات الشخصية: كانت لالتزامات شخصية وعائلية منهم من هو متزوج ومنهم من يقطن بعيدا عن المستشفى.

- المبررات المورفولوجية : فيهم من يبررها بأنه تعب وقد كبر ، وفيهم من برر بان العمل الليلي متعب والليل لنوم وليس للعمل ، وفيهم من برر انه في الليل ينقص التركيز ولا يستطيع تقديم خدماته بفعالية .

- المبررات الخاصة بخصائص الممارسات الوظيفية القائمة في النهار:

- توقيت النهاري يمنح بعض الراحة لتوفر الكادر البشري مقارنة بالليل، ففي وقت الزيارات يرتاح الكادر ويعتبر وقت مخصص للراحة لكن ليس بصفة رسمية بل فرضته طبيعة الوضع السائد في تلك الفترة إذ من غير المعقول أن يتم تشخيص أو تمريض وقت زيارات التي تبدأ من ساعة الواحدة زوار لا وتنتهي عند الثالثة ونصف مساءً وبذلك يبقى من الوقت الرسمي للعمل نصف ساعة تقريبا ومن هذه الوضعية السائدة نجد اغلب المبحوثين صرحوا بان يتم تعديل عملهم وانتهائه عند الساعة الواحدة زوالا.

- حجم الساعات العمل إذ تقدر في النهار عشر ساعات أما الليل ستة عشر ساعة.

- المسؤولية كبيرة جدا في الليل وذلك لنقص ممارسي الصحة وبالأخص الأطباء المتخصصين، وكذلك الكادر الشبه طبي إذ يقدر أعضاء الفرق المناوبة في الليل شخصين فقط وهذا ما لاحظته أثناء تواجدي لإجراء المناوبات.

- وقد صرح البعض أنهم يفضلون المناوبات النهارية لعملهم في القطاع الخاص في الليل.

- بالإضافة إلى مشكلة نقص الكوادر الطبية يضاف أيضا مشكل طرحه الكثير وهي نقص الأمن في الليل وعدم وجود حماية لممارسي الصحة وتعرضهم دائما في الليل إلى مشاكل مع المرضى خصوصا في الاستعجالات.

## مبررات تفضيل التوقيت الليلي:

- النهاري يحتوي على الفوضى بسبب زيادة عدد العمال، الأطباء والزيارات وأنهم لا يتحملون ضغط الكبير في العمل، ووصف العمل الليلي بأنه يتميز بالانضباط نجد فقط أفراد المصلحة أما النهار فوضى كبيرة.

- ومنهم من برر انه يدرس في النهار لهذا اختار الليل.

- زيادة المهام بالنسبة للتوقيت النهاري وهو الاستشفاء.

- لقلة العمل فيها وعدم وجود ضغط فكل المهام اغلبها تتم في النهار مثل تغير ضمادات ومراقبة الجرح أما في الليل فيبقى الممرض فقط لرقابة أو تقديم دواء في الليل وما صرح به احد العاملين في القطاع الإداري وهو يعمل كسكرتير في صياغ الكلام في مقابلة حر حاول الباحث جذب بعض المعلومات أن الممرضين المناوبين في الليل لا يلتزمون بتقديم الأدوية في الوقت المحددة بل يقدمون الجرعات لكي ينتهوا باكرا ويخلدون إلى النوم ، وهذا ما يبرر قول احد المبحوثين بأنه يفضل العمل في الليل لأنني أفضل تنسيق العمل بنفسني في هدوء بدل الفوضى النهارية.

وأثناء طرح سؤال ماذا تقترح حتى تؤدي ساعات العمل النهارية والليلية بجودة عالية كانت اغلب إجابات المبحوثين تصب في اتجاه واحد:

- اقترح الممرضون توفير مطعم للجميع، إذ أثناء تواجدي هناك وقت الزيارات ووقت الغذاء لاحظت أن هناك خصومات حول الطعام خصوصا في النهار إذ تحدث أمامي رئيس المصلحة بأنه يوجد تميز بين ممارسي الصحة ويقصد هنا بين السلك الطبي والشبه الطبي، كيف لطبيب أن يأخذ وجبة غذاء بكل احترام أما نحن الشبه طبيون فيقولون لنا ليس لكم الحق كيف نعمل ونحن محرومون حتى من ابسط الحقوق.

- تقليل ساعات المناوبة والخروج على الواحدة مساء بدلا من الساعة الخامسة أو الرابعة مساء.

- زيادة أعضاء الفريق خصوصا في المناوبات الليلية وكذلك توفير الأمن الشبه منعدم في الليل والرقابة أيضا.

- و أكبر مشكل مطروح هو نقص الوسائل الضرورية وهو ما يميز اغلب المستشفيات الجزائرية العمومية.

-وضع محفزات مادية خصوصا للذين يقومون بالعمل الليلي.  
-تم التأكيد على انه يجب مناوبة كل الفئات وليس أن تكون المناوبات حkra على بfنة معينة و إعفاء على فئة أخرى، إذ صرح معظم الأطباء المقيمون أنهم يجدون أنفسهم لوحدهم وفي أوقات حرجة لا يعرفون التدخل الصحيح من عدمه فيضطرون لانتظار المختص الذي قد يكون موجود في الوقت ذلك أو يستدعونه عبر الهاتف، وهذا ما قد يعرض حياة المريض للخطر.

وبالتالي فان النظام الوقتي المحبب والأمثل لدى ممارسي الصحة هو الوقت النهاري الذي وصف بأنه مرن ومكيف للمصلحة واحتياجاتها ومناسب أيضا لاحتياجاتهم سواء شخصية أو العملية، وهنا يكون ممارس الصحة مبادر حتى للعمل لساعات إضافية، مع السماح لهم بالمقابل بالاستراحة ليتمكنوا من العمل ومواجهة الضغوطات.

اما فيما يخص راي المرضى فلقد صرح اغليبيتهم لتفضيل التوقيت النهاري على التوقيت الليلي وبرروا ذلك بمجموعة مبررات تشترك بعضها مع تبريرات ممارسي الصحة منها تواجد الكوادر الطبية في النهار ونقصها في الليل، ومنها أيضا ان المناوبين في الليل لا يلبون كافة احتياجاتهم وفي بعض الأحيان يخافون حتى من الطلب ويستعينون بالمرافق لهم او بمريض اخر.

جدول رقم (47) يبين رد فعل ممارسي السلطة عند تعرضهم لتوتر شديد وضغط كبير في العمل:

الاحتمالات	السلوك	السلوك الطبي													
		شبه طبي		المرضى		م ج		الداخلي		العام		المقيم		المختص	
الرتبة	% التكرار	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تغيب	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
عطلة دون اجر	0	1	20%	0	0%	1	13%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
تغير المصلحة	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
تمارض	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
أقدم أقصى ما لدي حتى ولو كان ذلك على حسابي	2	3	50%	21	41%	12	13%	1	20%	1	71%	5	60%	3	32%
أقدم واجبي المهني فقط	2	1	50%	24	41%	12	38%	3	80%	4	29%	2	20%	1	36%
المجموع	4	5	100%	66	100%	29	100%	8	100%	5	100%	7	100%	5	95

إن ظروف العمل في المستشفى تتميز بصعوبة و بنمط وظيفي جد حساس، فأبي خلل أو تأخر أو إهمال وظيفي من شأنه أن يؤدي إلى خسارة روح إنسانية، وبهذا فسمت هذه الوظيفة تستدعي الحذر واليقظة بالإضافة إلى الضمير المهني الحي لهذا فان شغور المنصب الطبي يستدعي أداء قسم بان يؤدي كل فاعل عمله بكل أمانة وجهد.

وبذلك فان خصائص و طبيعة العمل في المستشفى متعبة وذلك ناتج عن كثرة المرضى المتواجدين في بعض المصالح وهذا ما لحضناه أثناء تواجدنا في مؤسسة الاستشفائية خصوصا في مصلحة الأمراض الباطنية نساء حيث المريض قد يرقد في المصلحة لأيام أو عدة شهور وهو يحتاج إلى عناية مستمرة ، وكذلك في مصلحة الجراحة فطبيعة العمل فيها تكون جد حساسة لان المريض يحتاج لعناية فائقة أما مصلحة الاستجالات فتعتبر مصلحة ذات توتر شديد وضغط كبير وتخضع لضغوطات وظروف عمل معيقة منها ما يتعلق بالمواد ومنها بنقص الكوادر خاصة الطبية المتخصصة ومنها ما هو متعلق بالأمن وكل هذه الظروف تؤدي إلى تعب فيزيقي و مع مرور الوقت ينجم عنها تعب ذهني ناتج عن تضافر مجموعة من العوامل منها التعب الفيزيقي، ومنها ما يندرج ضمن الضروف و الأسباب الشخصية التي يكون من ضمنها الزواج أو بعد مسافة العمل، فنلاحظ من البيانات

الشخصية أن اغلب أفراد العينة متزوجون أي لهم التزامات عائلية مما قد يؤثر على مردود الفاعلين، وبذلك فظروف العمل لها تأثير على مستويين هما المستوى العلاجي ، والمستوى النفسي .

وهذا ما سوف نتطرق إليه في هذا الجدول من خلال معرفة المنعكس السلوكي الوظيفي الذي يلجأ إليه ممارسي الصحة عند تعرضهم لضغط العمل الناجم عن العديد من المسببات منها ما هو تقني وظيفي ومنها ما هو سلوكي معاملاتي ، فقد يؤدي بهم هذا التأثير إلى ردود أفعال تتدرج ضمن النطاق الغير الرسمي فيبدأ ممارس الصحة إما بتهرب من العمل عن طريق التمارض أو التغييب أو التهرب، و بطريقة رسمية بأخذ عطلة دون اجر أو تغيير المصلحة نهائيا ، ومنهم من له قوة الصبر فيؤدي عمله حتى ولو كان ذلك فوق طاقتة وستتطرق إلى كل فئة على حدى لاختلاف رتبهم المهنية وواجباتهم ومكانتهم لتتعرف على ردود أفعالهم :

- أن فئة الاطباء الجراحين انحصرت إجاباتهم في احتمالين "أقدم أقصى ما لدي حتى ولو كان ذلك على حسابي" واحتمال "أقدم واجبي المهني فقط"، ومن خلال ذلك نستنتج أن هذه الفئة لها وعي بسمات الوظيفة وتحب مهنتها ورد فعلها مبنية من وعيها بخصائص وسمات وظيفتها.

- أما فئة الأطباء المختصين فقد كانت إجابتها بين الوعي والتهرب لكن التهرب كان بطريقة رسمية إذ عبروا عن ذلك "بعطلة دون اجر" ومثلت النسبة التي صرحت بذلك 20 % وهنا نجد أن الجهد والضغط والتوتر تحول من جهد فيزيقي إلى ذهني أصبح معوق، وفضل المبحوثين فترة راحة لخوفهم من عدم تقديم خدمات جيدة أو وقوعهم في مشاكل، ونفس النسبة أي 20 % صرحت بأنها "تؤدي واجبها المهني فقط" أي لا تزيد عنه وهذا ما يدل على أن هذه الفئة قد تفتقر إلى الولاء والانتماء إلى المؤسسة أو أنها تخاف إن زادت عن واجبها ولقدر الله وقع خطأ أن تتعرض للمساءلة والمحاسبة، أما باقي الفئات فقط صرحت بنسبة 60 % بأنها تقدم أقصى ما لديها حتى ولو كان ذلك على حسابها وهذا ما يعبر عن حبها لمهنتها واعتبارها واجب ويجب أدائه على أكمل وجه.

- أما فئة الاطباء المقيمين فقد صرح أغلبيتهم بأنهم يقدمون أقصى ما لديهم حتى ولو كان ذلك على حسابهم وقد قدرت بنسبة 71% ، وباقي الفئة صرحت أنها تؤدي واجبها المهني فقط بنسبة 29%، وهذا ما يدل إلى أن اغلب هذه الفئة تحب مهنتها ولديها الوازع الأخلاقي الذي هو مبني ومبتغى هذه المهنة أو أنها تقدم أقصى ما لديها حتى على حسابها طمعا في التدريب على كل الحالات باعتبارها باحثة

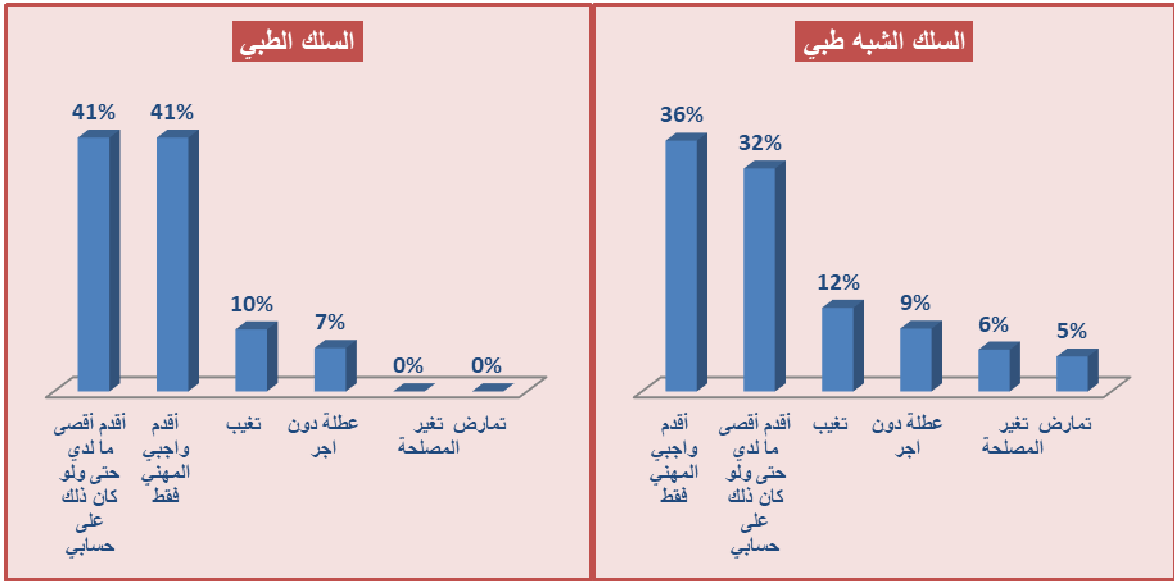


عن الخبرة، وتم من خلال إجاباتها استبعاد كل الاحتمالات الغير رسمية لأنها تؤثر على مسارهم التربصي وهم في هذه المرحلة من الدراسة جد حريصين على إنهاء هذه المرحلة بكفاءة عالية لينتقلوا إلى مرحلة أكثر استقلالية و أريحية تحتل مكانة اجتماعية وسلطوية أحسن فينتقل من تابع مغلوب على أمره إلى ممارس لسلطة غير رسمية بنسبة معينة.

- أما فئة الأطباء العامون فقد كانت تصريحات اغلبهم بأنهم يقدمون أقصى ما لديهم حتى ولو كان ذلك على حسابهم وقد قدرت بنسبة 80%، وباقي الفئة صرحت بأنها تؤدي واجبها المهني فقط بنسبة 20 % وهذا ما يدل إلى أن اغلب هذه الفئة تحب مهنتها ولديها الوازع الأخلاقي الذي هو مبني ومبتغى هذه المهنة.

- أما فئة الأطباء الداخليين فقد صرح اغلبهم بأنهم يقدمون واجبهم المهني بنسبة قدرت ب 37% لتمثلها نفس النسبة في احتمال التغيب و ما يبرر إجاباتهم أنهم في أسفل السلم الطبي و لازالوا متدربين غير ممارسين لمهنة الطب بصفة رسمية مضغوطين انسحابين في المؤسسة الاستشفائية، ليختموا إجاباتهم بتصريح قدر ب 13 % لاحتمال أقدم أقصى ما لدي حتى ولو كان ذلك على حسابي وهي نفس النسبة التي عبرت عن مدى انسحابهم بعطلة دون اجر وفيما يخص انعدام اختيارهم لتغيير المصلحة فليس من حقهم لأنهم متربصون وفي كل مرة هم في مصلحة أخرى.

شكل ( 82 ) يبين العلاقة بين الأسلاك وردود الأفعال :



من خلال النتائج السابقة وفقا لإجابات كل المبحوثين تم التوصل إلى الترتيب الذي في الشكل السابق والذي يمثل ترتيب المنعكس السلوكي الوظيفي الذي يلجأ إليه كل من سلك الطبي والسلوك الشبه الطبي عند تعرضهم لضغط العمل، وقد تبين وجود اختلافات في ردود الأفعال مختلفة بين السلكين وكان أبرزها حب المهنة بالدرجة الأولى وتقديم أقصى ما لدي ممارس الصحة حتى ولو كان على حساب مقابل تقديم الواجب المهني، حيث نلاحظ أن فئة الأطباء جاء حبيهم لمهنتهم اسبق من واجبهم على عكس الشبه الطبيين فقد كان الواجب اسبق من حب المهنة وهذا لضغوطات والتي تمس هذه الفئة، لتختلف مجددا في الاحتمالين الأخيرين وهما التمارض وتغيير المصلحة فالتمارض يضر بالأطباء المتربصين أما الأطباء الجراحين والمختصين فهم نسبيا غير معنيون بالمبررات ويسيروا أكثر ما يتم تسيرهم، وفي ما يخص انعدام احتمال تغيير المصلحة للأطباء فهذا راجع للخصائص البنائية والوظيفية التي قسم على إثرها المصالح والتي هي خاضعة لتخصص لهذا لا يستطيع الأطباء في كثير من الأحيان تغيير مصلحتهم على غرار السلوك الشبه الطبي فعملهم لا يرتبط بتخصص المصلحة فهم موجهون ومنفذون لتعليمات فقط.

وفي الأخير نستنتج أن ممارسي الصحة جاءت إجاباتهم من المحاولة إلى تقديم خدمات جيدة والالتزام بالواجب المهني، تنتقل إلى التغيب بعدما ينهكها التعب الفيزيقي إلى تعب ذهني محاولة استيعاب نفسها، ثم تنتقل إلى عطلة دون اجر وإذا لم يتحسن الحال تلجأ إلى تغيير المصلحة، ولذا لم

يتحسن الحال فان الحل الوحيد هو التمارض كمارسة لتهرب من التوتر والقلق ، ومن خلال إجراء المقابلات مع كل من الأساتذة رؤساء الأقسام والمراقبين الطبيين تم التصريح بان الظروف التي يعيشها المستشفى تتميز بنقص كبير في المواد المادية من أدوية وتجهيزات وصرح بعضهم وجود أيضا نقص في الكادر الطبي، وكل هذه الظروف في كثير من الأحيان تصبح معوقات وظيفية تحول دون تقديم نوعية جيدة للخدمات ومردود علاجي مرضي لكلى الطرفين ممارس صحة أو مستقبل للخدمة وهي أيضا تؤثر على ردود أفعالهم سواء بالإيجاب أو السلب، صرح كذلك بان المستلزمات والتجهيزات هي المؤثر الأكبر في جودة الخدمة، فكيف تكون الجودة مع انعدام متطلباتها سواء المادية أو البشرية وكيف يكون الالتزام والمطالبة بنوعية والمعاملة الجيدة وعدم التغيب والتهرب وكل المتطلبات محدودة وتسير المؤسسة الصحية غير منطقي، إذ تعتبر في تسييرها كأنها مؤسسة اقتصادية ويطلب منك أن تستغل ما هو موجود و فقط ، وهنا تقف عاجزا فتضطر لتهرب خوفا من اللوم وعدم النجاح.

### III. بيانات حول الفرضية الثالثة:

" إن تفعيل الاتصال في المؤسسة يساعد العاملين على التكفل بشكل أحسن بالخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (وقت وصول المعلومة ودقتها، الوسيلة الاتصالية المتبعة، طبيعة العلاقة بين الممارسين لصحة)."

جدول رقم (48) العلاقة بين نظام المعلومة ورتبة المبحوثين:

الرتبة	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرضى		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	3	60%	5	83%	3	38%	0	0%	0	0%	11	30%	0	0%	11	13%
لا	2	40%	1	17%	5	63%	6	100%	12	100%	26	70%	51	100%	77	88%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

يعرف النظام على انه مجموعة من العناصر و الأجزاء التي تشكل بنية الكل، والتي تعمل في شكل ديناميكي وظيفي تساندي ضمن بيئة عمل واحدة تسعى لبلوغ أهداف معينة عن طريق توفير المعلومات المناسبة في الوقت المناسب ومن الشخص المناسب أي أن وظيفته تبدأ بالحصول على المعلومات ثم تشغيل هذه المعلومات ، وضمن هذا النظام معلوماتي تتبين وظائف كل الفاعلين في

المؤسسة الاستشفائية، ولنجاح النظام المعلوماتي يجب أن يكون هذا النظام متسق من حيث البنية الهيكلية على المستوى الداخلي وهذا ما سنعالجه في الجداول اللاحقة.

الجدول اعلاه يوضح تموقع المبحوثين ضمن هذا النظام المعلوماتي هل هو جزء من مصادر المعلومة أم أنهم خارجه، ونقصد بالمعلومة هنا المعلومة الطبية التي تحتاج لكفاءة مصدرية فعالة لكي تؤدي إلى كفاءة عملية ، من خلال تصريحات المبحوثين نلاحظ وجود فئتين فئة صرح أغلبيتها بأنهم مصدر للمعلومة في المؤسسة الاستشفائية وهم فئة الأطباء الجراحين بنسبة 60 % والأطباء المختصين بنسبة 83 % ، أما باقي الفئات فقد صرحت بأنها خارج عن نطاق نظام المعلومات وتتلقى المعلومات من مصادر أخرى وهذا ما سنوضحه في الجدول الموالي ، و ما يبرر هذه النتائج انه كلما صعدا إلى أعلى السلم الهرمي زادة الكفاءة والخيرة والمعرفة الفنية وكلما نزلنا إلى الأسفل قلت .

جدول رقم (49) يبين طبيعة نظام المعلومات بين الأنساق العمودية والأفقية في المؤسسة

الاستشفائية:

الرتبة	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرمضين		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أستاذ رئيس المصلحة	4	25%	6	50%	8	31%	2	17%	5	16%	25	26%	10	9%	35	17%
طبيب أستاذ محاضر	0	0%	0	0%	8	31%	4	33%	12	38%	24	24%		0%	24	12%
رئيس المصلحة	4	25%	0	0%	1	4%	2	17%	4	13%	11	11%	32	30%	43	21%
الطبيب	4	25%	5	42%	7	27%	3	25%	7	22%	26	27%	31	29%	57	28%
المرمضين	4	25%	1	8%	2	8%	1	8%	4	13%	12	12%	33	31%	45	22%
أخرى تذكر	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	2%	2	1%
المجموع	16	100%	12	100%	26	100%	12	100%	32	100%	98	100%	108	100%	206	100%

نعني بالأنساق العمودية الفئات الرأسية التي تكون ضمن نطاق تراتبي عمودي والتي تكون كالاتي مدراء الأقسام والشعب والأطباء والمشرفين الصحيين والمرمضين حيث أن المركز العالي أو المركز القيادي هو الذي يحكم ويسيطر على المركز الوسطي والمركز الأخير هو الذي يحكم ويسيطر على

المركز القاعدي، وهنا يكون إيصال المعلومات بين ممارسي الصحة يحتلان مراكز متباينة من حيث السلم الهرمي أي احدهما يحتل موقعا وظيفيا اعلي من موقع الطرف الثاني ، أما نطاق النظام المعلوماتي بين الأنساق الأفقية في المستشفى فهي تضم طرفين يندرجان ضمن نفس المكانة والرتبة .

من خلال تصريحات الباحثين في الجدول أعلاه نلاحظ وجود تباين في إجابات الباحثين، سوف نتطرق لكل فئة على حدى بغرض فهم نطاق الاتصال المعلوماتي الذي يفسر سيران المعلومة العلاجية المستخدم والمتبع في المؤسسة الاستشفائية.

- من خلال الجدول اعلاه نلاحظ أن اغلب الباحثين من فئة الاطباء الجراحين صرحوا بنسب متساوية أنهم يتلقون المعلومات من كلا النسقين من النسق العمودي النازل من طرف أستاذ رئيس المصلحة باعتباره المسئول الأول عنهم ومن النسق العمودي الصاعد من طرف الممرضين، ومن طرف النسق الأفقي المتمثل في الأطباء، في حين انعدم احتمال طبيب أستاذ محاضر باعتباره يكون المترصين من أطباء المقيمين والداخليين.

- نلاحظ أن اغلب الباحثين من فئة الاطباء المختصين صرحوا بنسبة 50% أنهم يتلقون المعلومات من النسق العمودي النازل من طرف أستاذ رئيس المصلحة باعتباره المسئول الأول عنهم، ومن النسق العمودي الصاعد من طرف الممرضين بنسبة 8 % ومن طرف النسق الأفقي المتمثل في الأطباء بنسبة 42 % ، في حين انعدم احتمال طبيب أستاذ محاضر باعتباره يكون المترصين من أطباء المقيمين والداخليين ، وكذلك رئيس المصلحة باعتباره أن علاقته بصفة رسمية مع السلك الشبه الطبي وليس السلك الطبي.

- نلاحظ أن اغلب الباحثين من فئة الأطباء المقيمين صرحوا بنسبة 31% أنهم يتلقون المعلومات من النسق العمودي النازل لكن ليس بالترتيب السلطوي المتداول بل هنا يحتل طبيب الأستاذ المحاضر المرتبة الأولى باعتباره المسئول عن التكوين بصفة رسمية، ثم يليه بعد ذلك أستاذ رئيس المصلحة باعتباره المسئول الأول عنهم إداريا و المقدر بنسبة 30 % والتي تعتبر نسبة شبه متساوية مع طبيب الأستاذ المحاضر، أما النسق العمودي الصاعد فيمثله الممرضين وقدر بنسبة ضعيفة قدرت ب8% ، ومن طرف النسق الأفقي مثلت في الأطباء بنسبة 27 % ، ليليه رئيس المصلحة والمقدر بنسبة

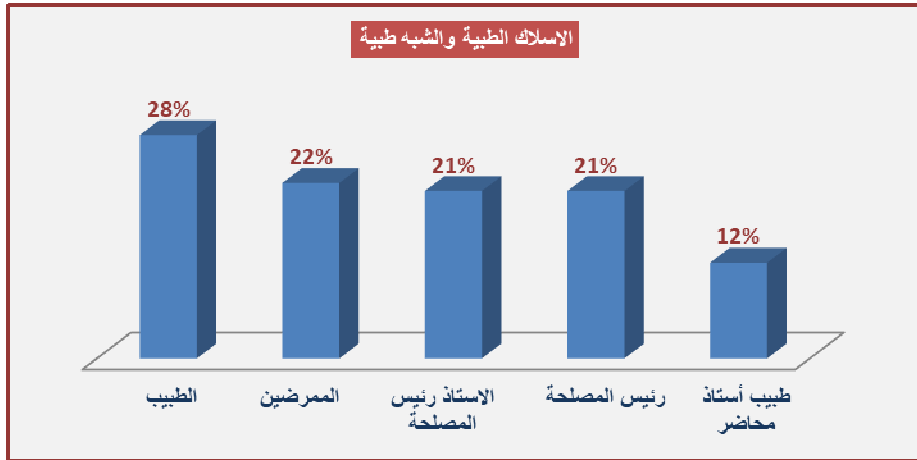
4 % وهي نسبة ضعيفة وذلك لاعتباره أن علاقته بصفة رسمية مع السلك الشبه الطبي وليس السلك الطبي .

- نلاحظ أن اغلب المبحوثين من فئة الأطباء العامون صرحوا بنسبة 33% أنهم يتلقون المعلومات من النسق العمودي النازل لكن ليس بالترتيب السلطوي المتداول بل هنا يحتل طبيب الأستاذ المحاضر، ثم يليه بعد ذلك أستاذ رئيس المصلحة باعتباراه المسئول الأول عنهم إداريا و المقدره بنسبة 17 %، ونفس النسبة مثلث لرئيس المصلحة بنسبة 17 % ، أما النسق العمودي الصاعد فيمثله الممرضين وقدر بنسبة 8 % وهي نسبة ضعيفة، اما النسق الأفقي مثلث في الأطباء بنسبة 27 % .

- نلاحظ أن اغلب المبحوثين من فئة الأطباء الداخليون صرحوا بنسبة 37% أنهم يتلقون المعلومات من النسق العمودي النازل لكن ليس بالترتيب السلطوي المتداول بل هنا يحتل طبيب الأستاذ المحاضر باعتباره المسئول عن التكوين بصفة رسمية، أما أستاذ رئيس المصلحة فاحتل نسبة 16%، لتليها نسبة 21 % والتي مثلت الأطباء باعتبارهم أيضا مالكين للخبرة وهم أيضا متمرسين ،أما النسق العمودي الصاعد فيمثله الممرضين وقدر بنسبة 13 % وهي نسبة معتبرة تساوت مع كل من رئيس المصلحة باعتبارهم نسق أفقي .

- نلاحظ أن اغلب المبحوثين من الممرضين صرحوا بنسبة 30% أنهم من طرف رئيس المصلحة الذي يعتبر المسئول الأول عنهم إداريا ، لتليها نفس النسبة التي تقع ضمن النسق الأفقي والمتمثل في احتمال الممرضين ، لتليها نسبة 29 % التي مثلت الأطباء وهنا يكون الاتصال ضمن النسق العمودي النازل لتليها نسبة 9 % التي تدخل ضمن نطاق النسق العمودي النازل المقدره بنسبة 30 % والتي تعتبر عن احتمال الأستاذ رئيس المصلحة برغم من كونه المسئول الأول في سلم السلطوي إلا انه يفوض سلطته لرئيس المصلحة المسئول عن الشبه الطبيين ، لينعدم احتمال طبيب أستاذ محاضر لأنه يدرّب المتربصين بالسلك الطبي.

## شكل رقم يبين (83) يبين طبيعة نظام المعلومات للأسلاك الطبية وشبه طبية:



من خلال الشكل السابق نلاحظ أن ترتيب مصدر المعلومة احتل الطبيب المرتبة الأولى بحكم انه يملك المعرفة الفنية ليحتل الممرضين الرتبة الثانية بحكم أنهم منفذين وعلى اتصال مباشر بالمريض ليأتي بعدها الأستاذ رئيس المصلحة ورئيس المصلحة في نفس الترتيب على اعتبارهم مسئولين إداريين من الدرجة الأولى وليس مهنيين، ليأتي طبيب أستاذ محاضر الذي تقتصر معلوماته في الغالب الى معلومات تعليمية للمترشحين.

وبالتالي فالنظام المعلوماتي للمعالجة في مؤسسة الاستشفائية لا يخضع لترتيب السلطوي بل يخضع لترتيب المعرفي المهني يأتي في كلا النسقين العمودي سواء الصاعد أو النازل و من النسق الأفقي، لان العملية العلاجية هي عملية وظيفية ديناميكية تكاملية تحتاج لتكامل كل أنساق المؤسسة الاستشفائية ، وهذا نجد أن نظام المعلومات للمستشفى يختلف اختلافا جوهريا عن تصميمات الخاصة بالتنظيمات فالمستشفى عادة ما يؤسس على علاقة فريدة ومميزة بين السلطة الرسمية المستمدة من المركز متمثلة في الهرم الإداري من جهة أخرى و سلطة المعرفة ومن جهة أخرى ، مما يخلق هيكلًا رسميًا غير عادي تنتقل المعلومة في ضمنه وتنتقل من أكثر من مسئول وهذا ما قد يؤدي إلى نوع من التضارب والتعارض ، وهذا يرجع للخصوصية التي يتمتع بها المركز الاستشفائي الجامعي والعناصر المختلفة التي تكون تركيبته البشرية وتعدد المهام التي أسندت له تجعل من عملية الاتصال احد الركائز الأساسية والهامة في عملية التسيير والتنظيم وعملية صنع واتخاذ القرارات وعلى هذا الأساس فان توفير جميع قنوات الممكنة التي تسهل من عملية الاتصال أمرا ضروريا ، فلا يمكن استعمال قناة واحدة لأنها غير

كافية للعملية الاتصالية، وبالتالي فيجب الاعتماد على التنازلية والرئيسية والأفقية والجانبية وهذه كلها كفيلة بتأمين العملية الاتصالية .

جدول رقم ( 50 ) يبين قنوات الاتصال المعلوماتي في مؤسسة الاستشفائية:

مح	السلك الشبه طبي		سلك الطبي		رئيس المصلحة		أستاذ طبيب المصلحة		المرسل		المستقبل
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
السلك الطبي	13%	35	0%	0	25%	21	8%	5	20%	9	اجتماع
	12%	33	9%	7	10%	9	6%	4	30%	13	مراسلة
	<b>25%</b>	68	9%	7	<b>35%</b>	30	14%	9	<b>50%</b>	22	مج ج
	20%	53	<b>26%</b>	19	8%	7	<b>15%</b>	10	40%	17	شفوي
	45%	121	35%	26	43%	37	29%	19	90%	39	مج ج
السلك الشبه الطبي	4%	11	3%	2	0%	0	14%	9	0%	0	اجتماع
	9%	24	7%	5	16%	14	5%	3	5%	2	مراسلة
	13%	35	10%	7	16%	14	18%	12	5%	2	مج ج
	<b>42%</b>	111	<b>55%</b>	40	<b>41%</b>	35	<b>53%</b>	34	5%	2	شفوي
	55%	146	65%	47	57%	49	71%	46	10%	4	مج ج
السلك الطبي والشبه الطبي	17%	46	3%	2	25%	21	22%	14	20%	9	اجتماع
	21%	57	16%	12	26%	23	11%	7	35%	15	مراسلة
	38%	103	19%	14	<b>51%</b>	45	33%	21	<b>55%</b>	24	مج ج
	62%	164	<b>81%</b>	59	49%	42	<b>68%</b>	44	45%	19	شفوي
مج	100%	267	100%	73	100%	86	100%	65	100%	43	

الاتصال عملية اجتماعية ديناميكية مستمرة يستخدمها الفاعلون لتنظيم عملهم تتم بين المرسل والمستقبل تربط أجزاء التنظيم بعضها البعض تناسب في المؤسسة من خلال رسائل قد تكون كتابية أو شفوية، هدفها إيصال السياسات العامة للمؤسسة وتوجيهات العمل والخطط تناسب من الإدارة العليا إلى مديرية النشاطات الطبية وشبه طبية ، ثم إلى رؤساء الأقسام والمصالح ثم ممارسي الصحة كما تناسب



الاتصالات في خط عكسي من أسفل لأعلى كما تم التوصل إليه في الجدول السابق في شكل التالي نناقش وسيلة الاتصال المستعملة من المرسل إلى المستقبل عبر الرؤساء المتمثلين في الأستاذ رئيس المصلحة ورئيس المصلحة وفي السلكيين السلك الطبي والسلك الشبه الطبي .

من خلال النتائج الموضحة أعلاه نلاحظ أن الأستاذ رئيس المصلحة يتواصل أكثر مع السلك الطبي وقدرت نسبة تواصله بهم ب 90% وكان تواصله معهم مزدوج بين الكتابي الذي قدر ب 50 % بين الاجتماع والمراسلة فالاجتماع يتم بشكل دوري يوم في الأسبوع يكون كل الأطباء حاضرين فيه ويتم الكشف على المرضى جماعيا وبعد ذلك تتم مناقشة وضعية المرضى، أما المراسلة بنسبة 30% وذلك لأنه هو المسئول الأول عنهم وتتمثل جل المراسلات المكتوبة كالخطابات والمذكرات والتقارير ، لتقابلها نسبة 40% وذلك لأنهم في نفس السلك فالأستاذ رئيس المصلحة يعتبر أيضا ضمن السلك الطبي، وبالمقابل نجد نسبة تواصل الأستاذ رئيس المصلحة مع الأطباء نسبة جد ضعيفة (10%) مقارنة بالسلك الطبي لان المعلومات التي يحتاجها السلك الشبه طبي تكون من عند الأطباء أو رئيس المصلحة المسئول المباشر ولقد عبروا بنسبة 71% أنهم يتواصلون مع رئيس المصلحة بين التواصل الكتابي والشفوي مع غلبة الشفوي على الكتابي إذ قدرت نسبة الشفوي ب53% وهذا ما تمت ملاحظته أثناء الدراسة الميدانية إذ لاحظنا أن سيران المعلومة بينهم يتم عن طريق التواصل الشفوي أكثر من الكتابي الذي يستعمل غالبا لترك المعلومات للفريق الليلي.

أما السلك الطبي فقد صرح انه يرسل المعلومات أكثر لسلك الشبه الطبي بنسبة قدرت ب57 % واغلب تعاملاتهم شفوية والتي قدرت ب 41%، أما تعاملاتهم مع بعضهم البعض فقد قدرت ب43 % واغلبها عن طريق الاجتماع لمناقشة صحة المرضى

أما السلك الشبه طبي فقد صرح أن تعاملاته تتم مع السلك الشبه طبي بنسبة قدرت ب65% وتأخذ الطابع الشفوي لأنهم في نفس المستوى بينما الكتابي لتمرير المعلومات بين النهار والليل ، أما نسبة تعاملهم لتمرير المعلومة من سلك الشبه طبي لطبي فقد قدرت ب35 % وكانت وسيلة التواصل بينهم شفويا في الغالب مع نسبة ضعيفة مراسلة .

من خلال ما سبق نلاحظ انه كلما ارتفعنا في السلم الهرمي ساد الاتصال الكتابي وكلما نزلنا إلى أسفل الهرم السلطوي ساعد الاتصال الشفوي ، فالتعليمات الشفوية التعليمات تكون في الغالب في شكل

أوامر من الرؤساء والمنفذين أي من مالكي السلطة إلى التابعين لها، أما التعليمات والمعلومات الكتابية فتكون في الأعلى و يتميز بها الأطباء بصفة عامة لان التسجيل يعتبر من وسائل الاتصال التي تحفظ سجلات وملفات والتي تتميز بإمكانية الرجوع إليها لمتابعة تقدم حالة المريض وتطورها، مع اعتبارها اتصال رسمي يحمي الأطباء في حالة حدوث أي خلل أو خطأ طبي من طرف آخر لان العملية العلاجية عملية تكاملية مع فاعلين عدة ( أطباء ممرضين) ومصالح عدة (تحاليل الدم ، مخبر الأشعة ....)

جدول رقم(51) يبين دقة معلومات النظام الاتصالي المرسله حسب وجهة نظر المستقبل :

مستقبل	نمط الاتصال	المرسل		رئيس المصلحة		سلك الطبي		السلك الشبه طبي		مج	
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
السلك الطبي	واضح ودقيق	50%	20	34%	26	22%	13	29%	20	32%	79
	يحتاج لشرح وتوضيح	32%	13	9%	7	5%	3	9%	6	12%	29
	مج ج	82%	33	43%	33	27%	16	38%	26	44%	108
السلك شبه طبي	واضح ودقيق	10%	4	34%	26	51%	30	48%	33	38%	93
	يحتاج لشرح وتوضيح	8%	3	23%	18	22%	13	14%	10	18%	44
	مج ج	18%	7	57%	44	73%	43	62%	43	56%	137
السلك الطبي وشبه طبي	واضح ودقيق	60%	24	68%	52	73%	33	77%	53	70%	172
	يحتاج لشرح وتوضيح	40%	16	66%	25	27%	16	23%	16	30%	73
مجموع		100%	40	100%	77	100%	59	100%	69	100%	245

إن فعالية الاتصال تبدأ من المنبع الذي يولد أو يوجد المادة الاتصالية والتي تفرض نفسها للقيام بالمعالجة والتركيز و الإرسال إلى المستقبل من خلال قناة أو قنوات اتصالية ليعود أثرها مرة ثانية في الاتجاه المعاكس فيما يسمى بالتغذية العكسية ، وهكذا تتواصل العملية وتستمر في صورة أفعال اتصالية في اتجاهات مضادة، ومن خلال الجدول أعلاه نلاحظ من خلال إجابات المبحوثين حول رسالة الاتصال أن اغلبهم صرحوا بأنها واضحة ودقيقة و لا تحتاج إلى شرح حيث صرح اغلب السلكيين بان الرسالة واضحة ودقيقة بنسبة 70% ، وهذا ما يدل على أن المرسل يتصف بصدق فيما يقول و ما ينقله من

رسائل غير متحيزا وانه موضوع ثقة عند المستقبل لان هذه الثقة هي الأساس الذي يبنى عليها المستقبل تصديق الرسالة هذا فيما يخص المرسل ، أما الرسالة فيجب أن تكون واضحة ودقيقة من حيث المضمون أما من حيث الإرسال فيجب أن تنتقل من المرسل إلى المستقبل من خلال العملية الاتصالية دون حصول تشويش في الرسالة عند انتقالها من الذي ينجم من العديد من العوامل منها ما هو متعلق بالمرسل أو المستقبل أو المناخ العام للمستشفى .

جدول رقم (52) يبين سرعة معلومات النظام الاتصالي المرسله حسب وجهة نظر المستقبل :

المرسل	%	أستاذ طبيب المصلحة		رئيس المصلحة		سلك الطبي		السلك الشبه طبي		مج	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
		نمط الاتصال		التكرار							
السلك الطبي	في وقتها	25	61%	30	38%	14	23%	19	26%	88	35%
	متأخرة نوعا ما	8	19%	4	5%	2	3%	7	10%	21	8%
	مج ج	33	80%	34	43%	16	26%	26	36%	109	43%
السلك الشبه الطبي	في وقتها	4	10%	32	41%	35	57%	42	58%	113	45%
	متأخرة نوعا ما	4	10%	13	16%	10	16%	4	6%	31	12%
	مج ج	8	20%	45	57%	45	73%	46	64%	144	57%
السلك طبي والشبه طبي	في وقتها	29	71%	62	79%	49	80%	61	84%	201	80%
	متأخرة نوعا ما	12	29%	17	21%	12	20%	11	16%	52	20%
مجموع		41	100%	79	100%	61	100%	72	100%	253	100%

من خلال إجابات المبحوثين نلاحظ أن اغلبهم صرحوا أن مرسل الرسالة يرسلها في وقتها بنسبة 80% ، أن فئة الشبه طبيين صرحوا بنسب متساوية بنسبة قدرة ب10% باحتمال في وقتها وكذلك متأخرة نوعا ما لان المعلومات التي تهم الشبه طبيين مرتبطة بدرجة كبيرة بالأطباء والمرضين ورئيس المصلحة كما هو مبين في الشكل الذي يبين طبيعة نظام المعلومات للأسلاك الطبية وشبه طبية وهذا ما يبرر إجاباتهم بتأخر المعلومات من طرف الأستاذ رئيس المصلحة .

إن مدى سرعة أو بطء المعلومات قد يعود إلى الوسيلة المستخدمة، فعند مقارنة التليفون بالخطاب يتبين الأولى أسرع من الثانية وهناك بعد آخر للسرعة وهو وصول المعلومات في الوقت المناسب حيث تفقد المعلومات قيمتها إن لم تنتقل أو تصل في وقت اتخاذ القرار أو التصرف، وهذا ما قد ينعكس على جودة الأداء من خلال التأخر في إيصال الخدمة وذلك لعدم ارتداد المعلومات إلى أطراف ممارسي الصحة في الوقت المناسب.

جدول رقم (53) يبين مدى وجود الإشاعات في المصلحة:

السلوك الرتبة التكرار %	السلوك الطبي													
	السلوك الشبه طبي		مج ج		الداخلي		العام		المقيم		المختص		الجراح	
	مج ك	المرمزين	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	0	0%	3	50%	4	50%	3	50%	3	50%	5	100%	3	41%
لا	5	100%	3	50%	4	50%	3	50%	4	50%	7	58%	14	27%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	8	100%	12	100%	37	100%

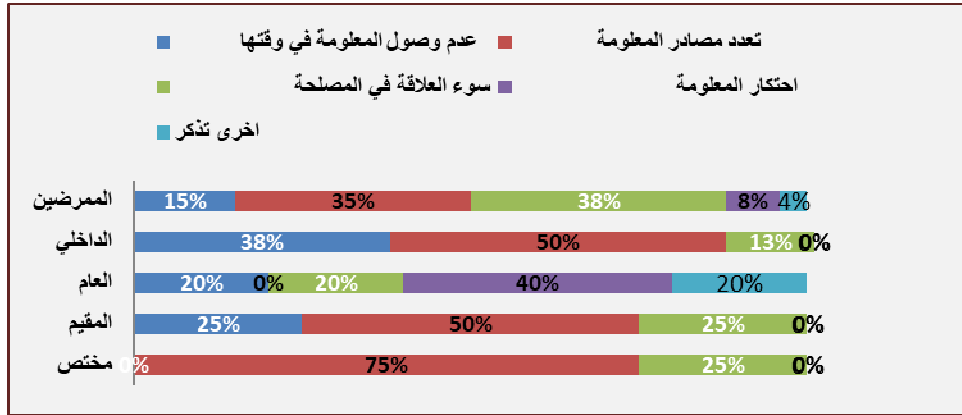
الإشاعات هي نوع من أنواع الاتصال وفيها يتم تداول الأخبار بين العاملين والموظفين بطريقة غير رسمية ومن أهم ميزتها أنها سريعة التداول والانتشار فما دامت مرنة وشخصية فإنها تنتشر بطريقة أسرع من أية وسيلة اتصالية أخرى تستخدمها الإدارة، إن أساليب الإدارة المعروفة غالباً ما تعجز عن إيصال المعلومات بينما تتجح الإشاعة وهي اشد تأثير على العاملين لأنها تقوم بتوصيل معلومات خاطئة في الغالب.

تشير بيانات الجدول أعلاه أن كل من الجراحين بنسبة 100% وفئة الداخليين بنسبة 58% أقروا بعدم وجود اشاعات، ولتنقسم إجابات المبحوثين لفئة الاطباء المخصيين والمقيمين والعامون بين نصف مؤيد لوجود الإشاعات ونصف ناف لوجود الإشاعات، والاشاعات امر طبيعي في ايه مؤسسة رغم سلبياتها على الروح المعنوية للمبحوثين والرضا الوظيفي وأيضا جودة الخدمة.

ترجع أسباب وجود الاشاعات حسب تصريح المقرين بوجودها الى مجموعة من الأسباب وهي موضحة في الشكل التالي:

شكل رقم (84) يبين أسباب وجود إشاعات حسب إجابات المبحوثين المقرين بوجودها داخل

المصلحة :



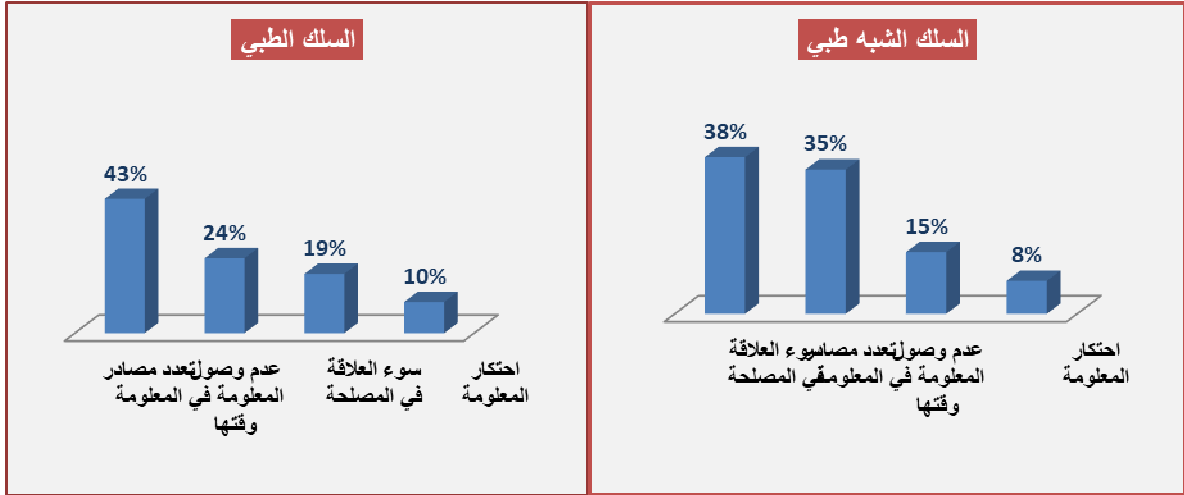
صرحت فئة الأطباء المختصين أن الإشاعات مصدرها الأساسي هو تعدد المعلومة 75% ثم سوء العلاقة في المصلحة والتي قدرة بنسبة 25%، أما فئة المقيمين فقد صرحت بان سبب وجود الإشاعات هو تعدد مصادر المعلومات والتي قدرت بنسبة 50%، لتأتي بعدها عدم وصول المعلومة في وقتها والتي قدرت ب25% ، اما النسبة الباقية فقدرت ب25% والتي مثلت سوء العلاقة في المصلحة .

أما فئة الطبيب العام فقدت كان تصريحهم حول المصدر الأساسي للإشاعة هو احتكار المعلومة بنسبة 40% ،تليها نسبة 20% والتي مثلت كل من وسوء العلاقة، وعدم وصول المعلومة في وقتها، أما فئة الداخليين فقد صرحوا باحتكار المعلومة المعلومات بنسبة 50% ، و 28% عدم وصول المعلومة في وقتها، و نسبة 13% سوء العلاقات ، بينما فئة المرضى فقد صرح اغلبهم صرحوا بوجود الإشاعات بنسبة 73% ويرروا إجاباتهم للأسباب التالية: 38% لسوء العلاقة، و 35% تعدد مصادر المعلومة ، و15% عدم وصول المعلومة في وقتها ليأتي بعدها احتمال احتكار المعلومة بنسبة 8% .

ان النسبة الأكبر من إجابات المبحوثين من فئة المرضى يجيبون بنعم ويقرون بوجود إشاعات في مصالحهم وذلك بنسبة 73% ، وقد يعزو هذا الاختلاف في إجابات الأطباء والمرضى كون المرضى هم الفئة الأكثر عددا في المستشفى وأيضا هم الفئة التي تتعامل ولديها علاقات كثيرة ومع أطراف عديدة خاصة مع المرضى وبالتالي هم عرضة لسماع العديد من الأخبار سواء كانت صحيحة أو مجرد إشاعات ، أما عن الأطباء فمعظم الأوقات يتواجدون في مكاتبهم وبالتالي لا يتعاملون مع كل

الفئات التي تتراود داخل المستشفى ولا يتجولون كثيرا داخل أرجاء المستشفى وبالتالي لا يتعرضون للإشاعات ولا يسمعون بها.

شكل رقم (85) يبين أسباب الإشاعات وعلاقتها بالأسلاك :



تشير بيانات الشكل أعلاه والتي تعالج فكرة أسباب ظهور الإشاعات داخل المستشفى محل الدراسة بين السلكيين إلى اختلاف ترتيب الأسباب فقد رتب المبحوثين من السلك الطبي الأسباب كالآتي: تعدد مصادر المعلومة ( 43%) ثم عدم وصول المعلومة ( 24%) في وقتها ثم سوء العلاقة في المصلحة ( 19%)، ثم احتكار المعلومة (10%)، واحتلت المرتبة الأولى تعدد مصادر المعلومة على اعتبار أن السلك الطبي هو أساس المعلومات العلاجية.

أما ترتيب الأسباب لسلك الشبه الطبي فقد تم ترتيب الأسباب كالآتي: سوء العلاقة في المصلحة

( 38%)، تعدد مصادر المعلومة ( 35%) ثم عدم وصول المعلومة في وقتها (15%)، ثم احتكار المعلومة ( 8%)، واحتلت المرتبة الأولى سوء العلاقة داخل المصلحة على اعتبار أن السلك الطبي هو أساس المعلومات العلاجية.

قد يعزو هذا كون الممرضين هم الفئة الأكثر عددا في المستشفى وأيضا هم الفئة التي تتعامل ولديها علاقات كثيرة ومع أطراف عديدة خاصة مع المرضى وبالتالي هم عرضة للكثير من المشاكل مع كل الأطراف الفاعلة في المستشفى.

وقد يعود كل هذا حسب اعتقاد الباحثة إلى كبر حجم المستشفى كونه مستشفى جامعي وأيضا وجود العديد من المصالح مما يصعب من التحكم في العملية الإتصالية بجميع أنواعها وشبكاتنا المختلفة سواء الصاعدة أو النازلة أو في نفس المستوى.

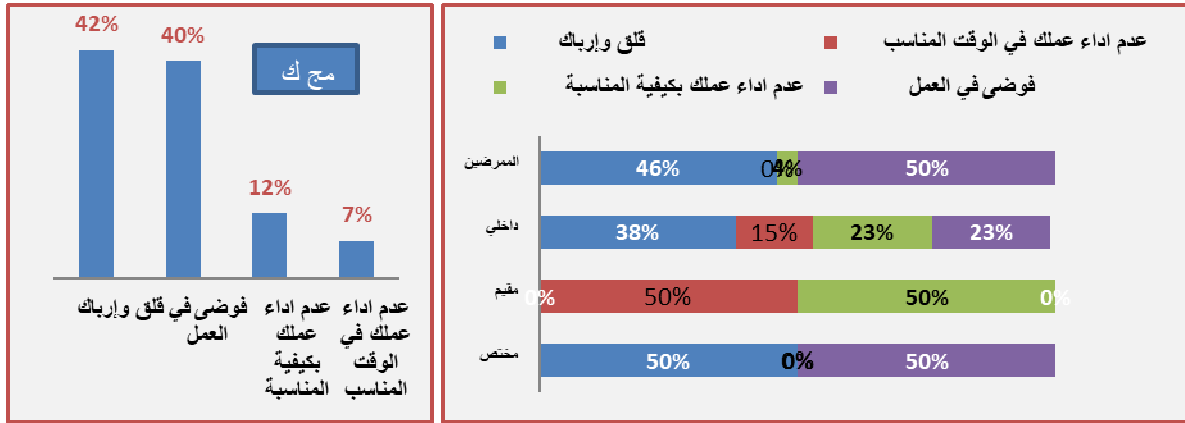
جدول رقم (54) يبين مدى تأثير الشائعات على جودة الأداء في العمل:

السلك	الرتبة	التكرار %	السلك الطبي													
			السلك الشبه طبي	مج ك	المرضى	م ج	داخلي	عام	مقيم	مختص	جراح					
		الاحتمالات	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
		نعم	1	25%	2	50%	0	0%	4	80%	7	47%	21	57%	28	54%
		لا	3	75%	2	50%	3	100%	1	20%	8	53%	16	43%	24	46%
		المجموع	4	100%	4	100%	3	100%	5	100%	15	100%	37	100%	52	100%

تشير بيانات الجدول هنا حول تأثير الإشاعات على جودة الخدمة المقدمة للمرضى إلى وجود اختلاف في إجابات الباحثين بين فئة الطبيين وفئة الشبه الطبيين ، حيث نجد أن فئة المرضى تجيب بنعم وتقر بأن الإشاعات تؤثر على جودة الخدمة التي يقدمونها للمرضى وذلك بنسبة 57% مقابل 43% أجابوا بلا ، في حين نجد فئة الاطباء انقسمت والى فريقين فريق يقر بأن الإشاعات لا تؤثر على جودة الخدمات التي يقدمونها للمرضى وهم فئة المختصين بنسبة قدرت ب75% وفئة العامون وقدرت ب 100% باعتبارهم فئة مرسمه محددة المهام، يعزو ذلك أيضا إلى كون الفئة الأولى المختصين ذات مستوى عالي في التكوين وأيضا كونها فئة تقترب من مصدر القيادة ومن مصدر المعلومة وبالتالي لا تتأثر بالشائعات باعتبار أنها فئة تكون على دراية تامة بأهم القضايا داخل المستشفى ، في حين فئة المقيمين بنسبة قدرت ب 50% والداخليين بنسبة 80% اقروا بان الإشاعات تؤثر على جودة خدماتهم وذلك لأنهم فئة متربصة غير محددة المهام ، في حين أن فئة المرضى صرحوا بنسبة 57% بتأثير الإشاعات على جودة الخدمة المقدمة للمرضى ، ويرجع هذا لكون فئة المرضى هي الفئة الأكثر عددا في المستشفى وهي أيضا الفئة الأكثر عرضة للإشاعة وأكثر تأثرا وهذا حسب إجاباتهم في الجدول،

وتختلف تأثيرات الإشاعات فقد تؤدي إلى عدم أداء العمل في الوقت المناسب أو عدم أدائه بكيفية مناسبة والى فوضى في العمل وقلق وإرباك وهذا ما يوضحه الشكل الموالي:

شكل رقم(86) يبين كيفية تأثير الإشاعات على جودة الأداء في العمل:



تعالج بيانات الشكل أعلاه كيفية تأثير الإشاعات داخل المؤسسة الصحية محل الدراسة على جودة الخدمة و الأداء، حيث تشير إجابات الباحثين المقيمين بوجود تلك الإشاعات:

فئة الأطباء المختصين تشير إلى أنها تسبب قلق وإرباك بنسبة 50% ، وبنفس النسبة صرحت بأنها تؤدي إلى فوضى في العمل ولم تصرح باحتمالي عدم الأداء العمل في الوقت المناسب أو بطريقة المناسبة لأنها مصدر المعلومة وصاحبة القرار وتتخذ القرارات في الوقت المناسب ولا تحتاج إلى فئة أخرى، على غرار فئة المقيمين الذي يعتبرون منفذين وتابعين للمختصين والجراحين فقد صرحوا أن الإشاعات تؤدي إلى عدم أداء العمل بالوقت المناسب بنسبة 50% وعدم أداء العمل بكيفية المناسبة بنسبة 50%، ونجد كذلك إن فئة الداخليين صرحوا بدرجة الأولى أنها تؤدي قلق وإرباك بنسبة 38% ثم فوضى في العمل وعدم أداء المهام بالكيفية المناسبة مثلها هذان الاختيارين نفس النسبة والتي قدرت ب 23%، لتأتي في الأخير احتمال عدم أداء العمل في الوقت المناسب بنسبة 15% واحتل هذا الاحتمال المرتبة الأخيرة لان هذه الفئة متربصة تتعلم و لا يوجه لها الكثير من المهام لأنها فئة غير مؤهلة عكس المقيمين، أما فئة المرضى فقد صرحت بان الإشاعات تؤدي إلى قلق وإرباك بنسبة 46% ثم فوضى في العمل بنسبة 48% ليأتي بعدها احتمال فوضى في العمل بنسبة 50% وفي الأخير يأتي احتمال عدم أداء العمل بالكيفية المناسبة بنسبة 4% أي أن الإشاعات تؤثر على نفسية المرضى ثم على أدائهم .



ومن مجمل الإجابات نرى أن ترتيب الاحتمالات حسب كل المبحوثين كان كالآتي: القلق والإرباك داخل العمل وذلك بنسبة 42% من إجابات المبحوثين ، ونسبة 40% منهم يجيبون بأنها تحدث فوضى في العمل خاصة وأنها تحمل معها رسائل مغلوبة تحدث تضاريا في صحة المعلومة ، وبقية المبحوثين يجيبون بأنها تؤدي إلى عدم أداء العمل بكيفية مناسبة وأيضا عدم أدائه في الوقت المناسب لكنها بنسب ضعيفة 12% و 7% ، وهذا ما برز في تحليل الجداول السابقة حيث أقر جل المبحوثين بأنهم يؤدون أعمالهم وعلى أكمل وجه وفي أوقاتها لأن الأمر يتعلق هما بمسألة حياة البشر .

إن بيانات الجدول والرسم البياني توضح ذلك الأثر السلبي الذي يتركه انتشار الشائعات في العمل داخل المؤسسة الصحية محل الدراسة، لأنها تعد من أخطر الظواهر التنظيمية على البناء المؤسسي، ففقدانها للمصدقية الواقعية يؤدي إلى قرارات خاطئة تصيب المقدرات الفردية والجماعية وتعطل آلية اتخاذ القرار السليم ، وفي هذا الشأن يقول "جوردن ألبرت و ليوبستمان " إن الإشاعات تكاد تكون وراء الحركات الغير العادية ، ومظاهر العنف نتيجة لنقص المعلومات والناس في غمرة هذه الأحداث يحاولون معرفة الحقائق ، ويترتب على نقص المعلومة أن يتخذوا من الإشاعة حقائق ويتعاملون معها على هذا الأساس ، ومن هذا المنطلق فإن الإشاعة التي حلت محل الحقيقة تؤدي إلى نتائج سلبية.

جدول رقم ( 55 ) يبين طبيعة الاتصال الصحي والعلاقات الاجتماعية داخل المؤسسة

الاستشفائية :

المرضى	السلوك الشبه الطبي		السلوك الطبي		رئيس المصلحة		أستاذ رئيس المصلحة		الطرف 1	الطرف 2	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	التكرار %		
18%	16	20%	18	25%	22	26%	23	23%	20	جيد	السلوك الطبي
17%	15	19%	17	15%	13	15%	13	17%	15	مرضى	
3%	3	1%	1	1%	1	0%	0	2%	2	سيء	
3%	3	1%	1	1%	1	1%	1	0%	0	لم يجيبوا	
42%	37	42%	37	42%	37	42%	37	42%	37	مج ج	
34%	30	41%	36	28%	25	27%	24	15%	13	جيد	السلوك الطبي
20%	18	15%	13	25%	22	20%	18	23%	20	مرضى	
1%	1	0%	0	2%	2	10%	9	5%	4	سيء	
2%	2	2%	2	2%	2	0%	0	16%	14	لم يجيبوا	
58%	51	58%	51	58%	51	58%	51	58%	51	مج ج	
100		100		100						مج ك	
%	88	%	88	%	88	100%	88	100%	88		

ان العلاقات الإنسانية الجيدة لها أهمية بالغة بالنسبة للفرد، فكل فرد سوي وعامل بحاجة إلى أن يرتبط مع غيره من الأفراد بعلاقات تمنحه صفة "الاجتماعي" لان من دونها يفقد هذا الفرد أهم ميزة تحفظ توازنه واستمراره.

ما يهمنا هنا هو الدور الذي يلعبه الاتصال بين فاعلي الصحة في تكوين علاقات إنسانية جيدة لان الاتصال الفعال هو أساس النظم الاجتماعية والهدف منها هو تنمية روح التعاون بين الأفراد والجماعات ففي المؤسسة الاستشفائية يعد الاتصال الجيد احد دعائمها الرئيسية إذ تقوم معظم الأعمال والمهام علي البيانات والحقائق المتبادلة بين الأفراد على اختلاف مستوياتهم مما يساعد على ظهور التعاون في العمل وتجميع وجهات النظر والمعتقدات قصد إقناع العاملين والتأثير في سلوكهم.

ونقصد بالاتصال الصحي كل العلاقات القائمة في المستشفى بين كل الفاعلين الاجتماعيين على شكل علاقات ثنائية قد تكون بين بعضها البعض (السلك الطبي و السلك الطبي- السلك الطبي و الشبه الطبي- السلك الطبي والمرضى) (السلك الشبه الطبي و السلك الطبي- السلك الشبه الطبي و الشبه الطبي- السلك الشبه الطبي والمرضى) أو بينها وبين الرؤساء (السلك الطبي و أستاذ رئيس المصلحة - السلك الطبي ورئيس المصلحة ) (السلك الشبه الطبي و أستاذ رئيس المصلحة - السلك الشبه الطبي ورئيس المصلحة ) وفي الجدول الموضح في الأعلى نحاول معرفة طبيعة العلاقات الذاتية والتي تختلف في الوظيفة الواحدة وبين الوظيفتين الطبية والشبه الطبية

و من خلال إجابات الباحثين نلاحظ أن العلاقات السائدة في السلكين الطبي والشبه الطبي مع الأستاذ رئيس المصلحة تختلف فالسلك الطبي صرح أغليبتهم أن العلاقة جيدة بينهم بنسبة 23% بينما صرح اغلب الباحثين من السلك الشبه طبي أن العلاقة بينهم مرضية بنسبة 23%، لتليها نسبة 16 % من الباحثين لم يجيبوا ، أما العلاقات السائدة في السلكين الطبي والشبه الطبي مع رئيس المصلحة فقد صرح أغليبتهم أن العلاقة جيدة بينهم بنسبة 26% من طرف السلك الطبي و 27 % من طرف السلك الشبه طبي لينعدم احتمال سيئ في لدى السلك الطبي بينما السلك الشبه طبي صرح بيه بنسبة 10%، أما العلاقات السائدة في السلكين الطبي والشبه الطبي مع السلك الطبي فقد صرح أغليبتهم أن العلاقة جيدة بينهم بنسبة 25% من طرف السلك الطبي و 28 % من طرف السلك الشبه طبي ليليه نسبة مقربة مقدرة بـ 25 % صرحت بأنها غير جيدة بل مرضية ، أما العلاقات السائدة في السلكين الطبي والشبه الطبي مع السلك الشبه طبي فقد صرح أغليبتهم أن العلاقة جيدة بينهم بنسبة 20% و 19% صرحوا بأنها مرضية من طرف السلك الطبي، و 41% من طرف السلك الشبه طبي صرحوا بان العلاقة جيدة .

أما العلاقات السائدة في السلكين الطبي والشبه الطبي مع المرضى فقد صرح أغليبتهم أن العلاقة جيدة بينهم بنسبة 18% و 19% صرحوا بأنها مرضية من طرف السلك الطبي، و 34% من طرف السلك الشبه طبي صرحوا بان العلاقة جيدة .

إن العلاقات الذاتية التي تربط المهنيين فيما بينهم تعتبر جيدة أو مرضية وذلك لتعايشهم مع بعضهم البعض للأوضاع والمشاكل اليومية فيحاولون تجاوزها أو حلها مع بعضهم البعض من اجل استمرارية والديمومة ،أما العلاقات مع الأستاذ رئيس المصلحة فهي تتسم بالجودة من طلب السلك الطبي

لأنه المسئول المباشر لهم والمعني بتسييرهم بينما الشبه طبيين فيكلف رئيس المصلحة وهذا ما أكده الأساتذة رؤساء الأقسام أثناء إجراء المقابلة وانه لا يستقبل الممرضين بل يصرفهم مباشرة إلى رئيس المصلحة وهذا ما لم يحبذه الممرضين وصرحوا به في مقابلة الجماعية التي أجريت عند ملاحظة وجود نزاع مع رئيس المصلحة الذي عبر وان علاقتهم معه جد سيئة وان الأستاذ لا يستمع إليهم، في حين نجد ان فئة منهم تهربت عن الإجابة عن طبيعة علاقتهم وكانت نسبتهم معتبرة قدرت ب 16% وهذا ان دل على شئ فيدل انهم محتارون في تصنيفها بين مرضي والسبي.

في حين إن العلاقة مع المريض تعتمد على عدة عوامل منها النفسية للمريض وكذلك الجانب القيمي لممارسي الصحة وان هذه العلاقة تأثر على نفسية المريض وبالتالي على صحته حيث برر الأطباء انه في بعض الأحيان لا يتفهم المريض الوضع وبالتالي يتهم الأطباء بالإهمال أو عدم أدائه لمهامه فمثلا عندما يقوم الطبيب بطلب فحص للدم أو بالأشعة، ويقال للمريض أن يجريه خارج المستشفى لعدم تواجده في المستشفى لا يتقبل ذلك ويتهمونهم بالمحاباة أو عند طلب الطبيب منهم شراء دواء غير متوفر في المستشفى يتهمونهم بسرعة الأدوية لأنه مستشفى عمومي و لا توجد رقابة، وقد صرح بذلك اغلب الرؤساء أن هناك نقص فادح في الأدوية وفي هذا سياق صرح احد رؤساء الأقسام انه يخبئ الدواء في مكتبه وعند سؤاله لماذا برره بنقص وللمحافظة عليه ولمح أن هناك سرقات لبعض الأدوية، وصرح كذلك احد رؤساء المصالح أن المرضى لا يلتزمون بالمواعيد وبعضهم يأتي قبله او بعده مما يعيق اداء المهام وفي حالة عدم تقديم الخدمة يدخل ممارسو الصحة في نزاع مع المريض بحجة ان المستشفى ملك لدولة ، وفي أوقات يكون عدد الأسرة محجوز وبهذا لا يستطيعون استقبال المريض فلا يتفهم هذا ويعتبره مسألة شخصية وان كل شيء يتم بالمحسوبية.

فيما يخص تصريح المرضى اثناء اجراء المقابلات فقد صرح اغلبهم انهم اكثر اتصال بفئة الممرضين على فئة الاطباء وصرح اغلبيتهم ان علاقتهم جيدة مع الاطباء على عكس الممرضين، وما يبرر هذا ان المرضى يتعاملون لفترات قصيرة مع الهيئة الطبية بغرض الفحص ثم تأتي فترة الرعاية الطبية التي يقوم بها الممرضين أي ان علاقتهم معهم أطول وهذا ما يسبب بعض المناوشات ، وهكذا فان المرضى لا يجدون الفرصة التي تمكنهم من التفاعل العاطفي مع الأطباء ، و لا تتعدى العلاقة بين الطبيب والمريض داخل المستشفى العمومي ضرورة اللقاء الصفر بين شخصين فهي لحظة على قدر كبير من السطحية ، فالمريض في نظر الطبيب رقم ، عليه فحصه وتحديد علته ومدة وصفه او الحاقه

بأحد الأقسام الداخلية للمستشفى حسب درجة خطورة المرض يكون المريض عادة في حالة تلبية تامة وعدم دراية بحالته الصحية وتتميز العلاقة بين الطرفين بضعابية وتعتميم شبه كامل ان لا تتجاوز مكانة المريض في مثل هذه العلاقة رقما احصائيا في جدول نوع معين من الامراض داخل قسم استشفائي، و لا يخفي طبيب القطاع العام عدم اهتمامه بالمريض يعترف الكثير من الأطباء بذلك متعللين بكثرة المرضى وبالحياد العاطفي الذي يعتبرونه وسيلة العمل الأولى في نجاح مهمتهم .

**جدول رقم (56) يبين مدى وجود صعوبات في الاتصال بين مختلف المصالح:**

الرتبة التكرار % الاحتمالات	الجراح		المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرضى		مج ك	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	1	20%	6	100%	6	75%	5	83%	12	100%	29	78%	39	76%	68	77%
لا	4	80%	0	0%	2	25%	1	17%	0	0%	8	22%	12	24%	19	23%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

الاتصال عملية تنظيمية ديناميكية متصلة يؤثر كل عنصر فيها في العناصر الأخرى ويتأثر بها، يستخدمها ممارسي الصحة لتنظيم عملهم ولتوفير المعلومات الكاملة عن العلاج وتبادل المعلومات بينهم في مختلف الاتجاهات النازلة والصاعدة والأفقية كما تم توضيحه في الجداول السابقة وتختلف أشكالها بين النسق الرسمي والغير رسمي.

ان من طبيعة الاتصال الفعال انه يساعد على تنمية العلاقات الاجتماعية وروح التعاون وروح الجماعة كما يحسس الفاعلين بأهميتهم ودورهم في إنجاز كافة الأهداف التي قامت المؤسسة من اجلها، لان تجاهل العامل الإنساني في التنظيم من شأنه أن يؤدي إلى الإحساس بالاستياء والإحباط من قبلهم مما ينعكس على الجودة في الأداء لذلك اعتبرت الاتصالات الفعالة والجيدة حياة التنظيم ، وأي صعوبة مهما كان نوعها تؤدي إلى خلل وظيفي أو تصبح معيق وظيفي يؤثر على سمة الخدمة المقدمة ،وبيانات الجدول أعلاه تعالج بند وجود صعوبات في العملية الاتصالية بين ممارسي الصحة في مختلف المصالح داخل المؤسسة الصحية محل الدراسة .

أكدت نسبة 77% من إجمالي إجابات المبحوثين بمختلف فئاتهم الطبية والشبه الطبية بأنه توجد عوائق وصعوبات في الاتصال بينهم ، غير ان فئة الجراحين صرحت بعدم وجود صعوبات بنسبة قدرت

ب80 % لاعتبار هذه الفئة تعتمد على الجراحة وهنا سيد الموقف هو الجراح هو المقرر والمحدد والمرسل في العملية الاتصالية وغير مكلف بالاتصال بمختلف المصالح كمصلحة الأشعة أو مخبر الدم.

صرح مختلف المبحوثين أثناء إجراء مقابلات معهم أجملوا كلهم على وجود صعوبات مع هاتين المصلحتين بصفة خاصة مصلحة الأشعة وصرحوا بعدم قيامها بالواجب المهني وان علاقاتهم مع الأطباء العاملين فيها غير جيدة وسيئة وهذا ما دفعنا إلى إجراء مقابلة معهم وكانت المقابلة مع طبيبين طرح الطبيب الأول مشكل الضغط على مصلحة الأشعة التي تعمل مع كل المصالح بالإضافة إلى نقص العددي لهم وان آلة الأشعة دائما معطلة، وانه في بعض الأحيان المريض لا يحتاج أشعة ويصر الطبيب على إجراءها علما أن الأشعة مضرّة بصحة المريض، وهذا ما يدخله في مشاكل مع الأطباء ويعتبره الطبيب المعالج تدخل في نطاق عمله ويعتبره الطبيب الآخر من ضمن نطاقه.

وأثناء إجرائي لتقنية الملاحظة أثناء الدراسة الاستكشافية لاحظت عدد كبير من المرضى وفوضى عارمة ومشاكل في مصلحة الأشعة وكان المريض يوجه إلى المصحات الجوارية لإجراء الأشعة هذا ما يدخلهم في مناوشات مع المريض وإجرائها للمرضى المقيمين وبالأولوية او بالمحسوبة.

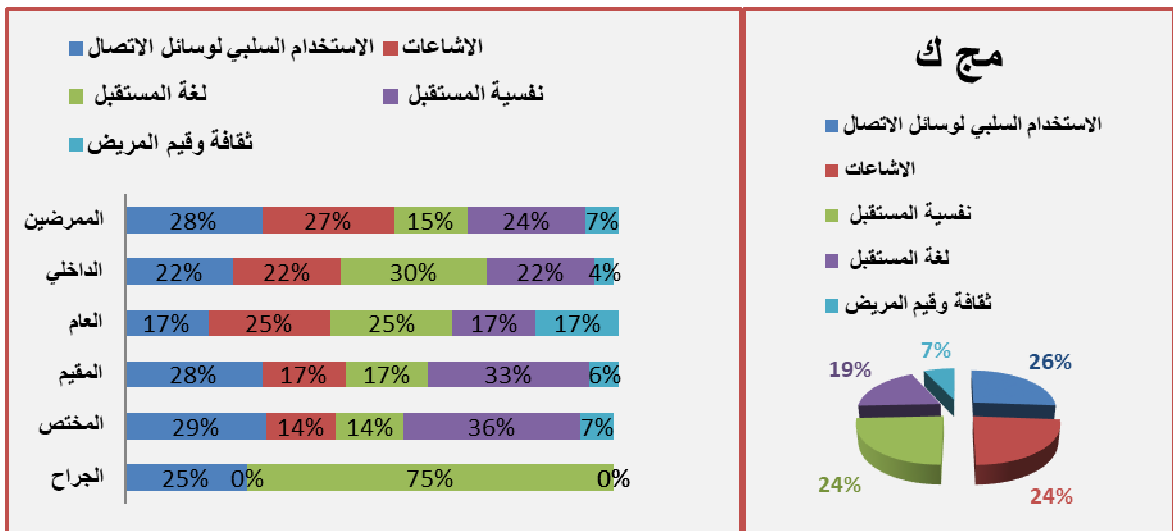
ولاحظت كذلك خلل في تقسيم العمل وعدم التنظيم، إذ أن المرضى في الغالب ما ينتظرون الطبيب لإجراء الفحص فينزل الممرضين المرضى إلى مصلحة الأشعة وينتظر المريض دوره وفي الغالب ما ينتظر مطولا، وقد لا يجريه بسبب الضغط، أو أن الحالة ليست من ضمن اختصاصه ويجب انتظار أن يناوب الطبيب المختص.

وأثناء تواجدي في المصلحة لاحظت أيضا وجودي ناقش بين الطبيب المختص والممرض في الأشعة الذي كان يصرح بأنه يشك في وجود خلل في الأشعة المجري للمريض ويجب إعادتها غير أن الطبيب المناوب رفض ذلك لان الطبي الذي ناوب قبله هو من أجرى له الفحوصات وهو لا يتحمل المسؤولية وتم الاتصال بالطبيب لكنه لم يرد وأغلق هاتفه ما دفع بالطبيب إلى إخلاء مسؤوليته وطب من أهل المريض إجراء الفحوصات خارج المستشفى.

أثناء إجرائي مقابلة مع أحد رؤساء المصالح دخل احد الممرضين وسأله الرئيس هل أحضرت التحاليل فأجابه بلا فقال له الرئيس احضرها كي لا تضيع ونضطر إلى إعادتها وهذا ما أثار انتباهي فسألته هل تضيع التحاليل في المستشفى فقال بهذه الجملة "العباد وتضيع خص التحاليل متضيعش ربي

يهديك"، في هذا السياق صرح اغلب المرضى بنقص الموارد المادية والدليل على ذلك مطالبة الاطباء لهم بشراء الدواء بالرغم من كونه مقيم في المستشفى، وايضا مطالبتهم لهم القيام بالفحوصات والتحليل عند الاطباء الخواص، وهذا يعتبر عنصر يتدمرون من وجوده لانهم يرون في المستشفى مكان يمكن ان يلبي طلبهم للخدمة والعلاج دون اللجوء الى اماكن اخرى ودون التفكير في امكانيات العلاج خارج المستشفى فتركيزهم يكون على شفائهم فقط وهذا يعتبر حق مشروع، ويضاف الى تدمرهم من عنصر اخر لا يقل اهمية وهي النظافة بحيث يشكي الكثير من تخوفهم من الامراض الخاصة بالالتهابات الاستشفائية، والتي تزيد من تمديد استشفائهم.

رسم بياني رقم (87) يبين صعوبات العملية الإتصالية داخل المصلحة بين المبحوثين :



يعالج الشكل أعلاه صعوبات عملية الإتصال داخل المصلحة بين الممارسين الصحيين، حيث أبرزت البيانات أنه توجد العديد من المعوقات التي تواجه العملية الإتصالية حيث أجابت نسبة 26% من المبحوثين ويكل فئاتهم المهنية الطبية والشبه طبية بأن الاستخدام السلبي لوسائل الاتصال يعد أول معيق يواجه العملية الإتصالية داخل المصلحة بين الممارسين الصحيين، ثم نسبة 24% ترى بأن نفسية المستقبل تعد معيقا ثانيا في العملية الإتصالية خاصة وأن الدراسة أجريت في مؤسسة صحية التي تتعامل مع حالات مرضية قد تكون في العديد من المرات حالات حرجة خاصة اثناء المناوبات الليلية، مما يجعل نفسية الممارسين الصحيين غير مستقرة المزاج وهذا ما يؤثر فعلا على تلقي الرسالة من المرسل بطريقة جيدة، أيضا تقر بنفس النسبة 24% بأن الإشاعات تعتبر من بين معوقات العملية الإتصالية، وهذا يؤكد إجابات المبحوثين في الجدولين حول وجود الإشاعات في المؤسسة ومدى تأثيرها على جودة الخدمة

الصحية المقدمة، حيث تحدث تضاربا في صحة المعلومة مما يربك المتلقي أو المستقبل ، ويجعله ينهك في البحث عن المعلومة الصحيحة ليتخذ القرار الصحيح خاصة وأن الخدمة هنا تقدم للمريض، وبالتالي لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يتخذ قرارا غير صائبا قد يؤدي إلى الإضرار بصحة المريض ، ومن بين المعوقات أيضا نجد لغة المستقبل وهذا ما أجاب عليه ما نسبته 19% من الباحثين ، وكما أوردنا في تحليل بيانات الجدول السابق توجد في المؤسسات الصحية فئات مهنية عديدة ومختلفة في المستويات وبالتالي يختلفون في اللغة التي يستخدمونها وهذا يعيق في عملية فهم الرسالة بين المرسل والمستقبل ، في حين نجد في الأخير معوقات ثقافة وقيم المريض بنسب ضعيفة قدرت ب 7%.

اما المريض فلقد صرح ان من اهم الصعوبات التي يواجهها هي عدم وجود ممارسي الصحة في كل الأوقات وخصوصا في الليل وعدم اعطاءهم الوقت الكافي لتكلم معهم، بالإضافة الى عدم فهم لغة الطبيب في الغالب مما يضطره الطبيب الى قول دائما ان صحته لا بأس بها فقط.

ما يعزز هذه النتائج هو المتغيرات السوسيوثقافية التي تتميز بها المؤسسة محل الدراسة والتي يمكن حصرها في ما يلي:

- كبر حجم المؤسسة الذي يؤدي إلى تأخر العملية الإتصالية ووصول المعلومة أو الرسالة في وقتها.
- نقص الوسائل والوسائط التكنولوجية المعاصرة والتي تسهل وتسرع العملية الإتصالية.
- التغييرات الإدارية التي تحدث بإستمرار للنظام الإداري في المؤسسة.
- تعدد المستويات الإدارية ووجود نوع من الازدواجية في السلطة والقيادة داخل المؤسسات الصحية حيث نجد سلطة من جانب طبي وأخرى إداري وهذا يصعب تحديد الصلاحيات مما يحدث نوع من التضارب وربما صراع في إتخاذ القرارات وبالتالي وجود معلومات غير متجانسة.
- عائق اللغة المستخدمة خاصة وأن المؤسسات الصحية تحتوي على فئات مهنية عديدة ومختلفة في المستويات مما يؤدي إلى وجود اختلافات في اللغة المستخدمة بين الممارسين الصحيين وهذا يعتبر عائق كبير في نجاح العملية الإتصالية.
- كثرة المرضى في المستشفيات العمومية.



جدول رقم (57) مدى تحاور ممارسي الصحة مع المريض حول تطور حالته واللغة المستخدمة:

السلك	السلك الطبي														الرتبة	التكرار %	الاحتمالات
	شبه طبي		مج ج		الداخلي		العام		المقيم		المختص		الجراح				
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
العربية	51%	45	47%	24	57%	21	67%	8	83%	5	75%	6	33%	2	0%	0	0%
الفرنسية	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
معا	25%	22	18%	9	35%	13	8%	1	17%	1	25%	2	67%	4	100%	5	5%
مج ج	76%	67	65%	33	92%	34	75%	9	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5	5%
لا يتحاور	24%	21	35%	18	8%	3	25%	3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
مج ك	100%	88	100%	51	100%	37	100%	12	100%	6	100%	8	100%	6	100%	5	5%

من خلال المعطيات الكمية للجدول أعلاه والذي يعالج تحاور ممارسي الصحة مع مرضاهم حول تطور حالاتهم الصحية وشرحها لهم ، فإننا نجد بأن نسبة 76% من إجابات المبحوثين تجيب بنعم وتوافق على وجود ذلك التحاور، الذي يعتبر قانونا من حق المريض ليكون على دراية تامة بحالته الصحية وتطوراتها ، باعتباره المسئول الأول على اتخاذ القرارات من خلال الرفض والقبول لأي تدخل طبي أو شبه طبي تبعا للوضعية أو الحالة الصحية التي يعيشها ، في حين نجد أن ما نسبته 24% من إجابات المبحوثين تجيب بلا وهم من فئة الممرضين والأطباء الداخليين وهي نسبة قليلة، ففئة الممرضين ليست لديهم القدرة على شرح الحالة الصحية أو الطبية للمريض وهذا بحكم تكوينهم الذي يقتصر فقط على تنفيذ أوامر الطبيب من خلال إعطاء الأدوية للمرضى أو بعض التدخلات الشبه طبية الأخرى وبالتالي فهم غير مسئولون وليست لديهم القدرة على البث في الحالة الصحية للمريض فهي من تخصص الأطباء، أيضا فئة الأطباء الداخليين ليست لديهم الإمكانية في التحاور مع المرضى حول حالتهم الصحية باعتبارهم أيضا في فترة تريض وتكوين وهذا ما يمنهم من الشرح المفصل للحالة الصحية للمريض، وهذا لا ينفي وجود احتكاك وتواصل مستمر مع المرضى.

أما فيما يخص اللغة التي يتحاور بها ممارسي الصحة بجميع فئاتهم مع المرضى يتضح من خلال المعطيات الكمية المبينة أعلاه ، بأن ما نسبته 51% من المبحوثين يقرن بإستخدامهم للغة العربية أثناء التواصل مع مرضاهم وقد يعزو ذلك حسب إعتقاد الباحثة كوننا مجتمع عربي وأن جل فئات المجتمع لا

تتقن اللغات الأجنبية الأخرى بدقة مما يجعل ممارسي الصحة يستخدمون اللغة العربية لتسهيل عملية الفهم والتواصل مع مرضاهم ، ويتضح من الجدول أيضا أن نسبة 22% من المبحوثين يقرون باستخدامهم للغتين العربية والفرنسية معا أثناء تواصلهم مع مرضاهم خاصة لوجود فئة لأبأس بها تستخدم في تواصلها الدمج بين اللغتين ، ويتضح أيضا أن الأغلبية الذين يستخدمون هذا الدمج في اللغتين هم من فئة الجراحين والمختصين والمقيمين بنسبة 100% و 67% و 25% على التوالي ، وقد يرجع ذلك لكون هاته الفئات والرتب حسب إعتقادنا أنهم تلقوا تكوينات عالية في المجال الطبي خاصة بالغة الفرنسية مما يجعلهم يتحاورون ويتواصلون مع مرضاهم بهاته اللغة وإدخال اللغة العربية في نفس الوقت للشرح والتوضيح أكثر حتى يفهم المريض بدقة.

وفي هذا الخصوص صرح معظم المرضى انه اثناء اقامتهم بالمستشفى لا يتم التحاور معهم حول حالتهم الصحية واشراكهم في اتخاذ القرارات بل يتلقون الأوامر والمعلومات فقط ونتيجة لذلك من الممكن اعتبار مريض المستشفى متلقيا سلبيًا للرعاية الطبية، والمريض اذا كان مثاليا فيجب عليه الا يشكو كثيرا وان يبدي قدرا كبيرا من التعاون وكثيرا ما ينظر العاملون بالمستشفى الى المرضى باعتبارهم أهدافا ولعل هذه النظرة مرجعها ان المرضى يعتمدون عليهم كثيرا ، اما من الناحية الاجتماعية والبيولوجية فان المريض يعتبر حالة ولذلك يميل المرضى الى القيام بدور الأهداف أي انهم يميلون الى الخضوع لكافة الإجراءات الطبية ولكن هذا ليس هو الحال دائما.

يقرر الطبيب بمفرده او صحبة مجموعة من الأطباء في جلسات عمل مغلقة ( Staff ) مصير المريض دون علم منه ، لقد تعلم المرضى المترددون على المستشفيات العمومية مصطلح ( Staff ) الذي يمثل موعد اللحظة الحاسمة التي يحدد فيها الطبيب او فريق الأطباء الطرق المناسبة للعلاج بمعزل عن المريض ، يكون المريض في تلك اللحظات في وضع انتظار وترقب وعند اتخاذ القرار يمنع المريض من ابداء الرأي او التعقيب على ما يصدر في حقه ، في هذا الوضع ينتفى دور المريض امام دور الطبيب الذي يمارس وصايته على المريض مع استعداده لتحمل مسؤولية قراراته.

## جدول رقم (58) بين مدى استعداد ممارسي الصحة للاستجابة لمتطلبات للمريض ومساعدته:

الرتبة التكرار % الاحتمالات	جراح		مختص		مقيم		عام		داخلي		مريض		مج ك			
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
نعم	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	10	83%	35	95%	39	98%	74	96%
لا	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	17%	2	5%	1	3%	3	4%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	40	100%	77	100%

من خلال معطيات الجدول أعلاه والذي يعالج الإستعداد لتقديم المساعدة للمرضى والإستجابة لطلباتهم ، فنجد أن الأغلبية من المبحوثين يجيبوا بنعم حول هذا الإستعداد وبنسبة 100% لكل من الجراحين والمختصين والمقيمين وكذا الأطباء العامون بنسبة 83% و 98% ، للداخليين والمرضى على التوالي.

إن هاته النسب المرتفعة تبرز أن كل المبحوثين يقرون بإستعدادهم لتقديم المساعدة والإستجابة لطلبات المرضى، وقد يعزو هذا حسب إعتقاد الباحثة وكما أوردنا ذلك في تحليل الجدول السابق إلى ذلك الوازع الديني كوننا مجتمع مسلم والذي ينادي بكمكارم الأخلاق وروح التعاون والمساعدة، هاته المكارم التي ما زالت حية في المجتمع الجزائري، أيضا قوة وعي الضمير وأخلاقيات العمل والمهنة التي يمتلكها ممارسو الصحة، والتي يتلقون تكويننا فيها أثناء التحضير لشهاداتهم، والقسم الذي يؤديه الطبيب عند تخرجه.

وبالمقابل صرح اغلب المبحوثين من المرضى ان المتابعة من قبل ممارسي الصحة لحالات المرضى في ساعات بعد منتصف الليل متدنية جدا ، وقد يقوم المريض بمساعدة مريض آخر لعدم استجابة الممرض أو الطبيب المناوب لنداء وصراخ المريض ، وهذا ما يدعو ذوي بعض المرضى لإبقاء مرافق عند مريضهم دون أن يكون على دراية طبية بما قد يحتاج اليه المريض ، وبالتالي قد يقوم باعطائه اشياء يعتقد انها تخفف المرض ولكنها تؤدي الى انكاس حالته الصحية، وفي هذا الخصوص تم ملاحظة عدم استجابات الممرضين لنداء المريض في اغلب الحالات ومطالبتهم بالانتظار متعذرين بكثرة الانشغال ولكن ما تم ملاحظته انه صحيح في بعض الأحيان يكون هناك انشغال ولكن في أحيان أخرى يفضل الممرض مواصلة الحديث مع زملائه كأولوية على الاستجابة الفورية لنداء المريض او احد اقاربه.

جدول رقم ( 59 ) يبين تقييم المبحوثين لجودة أدائهم:

السلك الرتبة	السلك الطبي												التكرار % الاحتمالات		
	السلك الشبه الطبي		م ج		الداخلي		العام		المقيم		المختص			الجراح	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
جيد جدا	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
جيد	4	80%	4	67%	3	38%	3	50%	5	42%	19	51%	28	55%	47
متوسط	1	20%	2	33%	5	63%	3	50%	7	58%	18	49%	9	18%	27
ضعيف	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن اغلب إجابات المبحوثين من السلك الطبي صرحت باحتمالين ونفت احتمالين، الاحتمالين المصرح بهما هو متوسط بنسبة 49% ثم احتمال جيد بنسبة 51% لتتعدم في احتمال جيد جدا واحتمال ضعيف ، أما السلك الشبه الطبي فنجد انه صرح بثلاث احتمالات وكانت كالاتي: الاحتمال الأول متوسط بنسبة 18% أما الاحتمال الثاني فكان بنسبة 27% وهو احتمال جيد جدا الذي انعدم عند السلك الطبي وذلك لاختلاف منظور الجودة لكل من الفئتين ، فجودة الأداء عند الممرضين كما صرح أغلبيتهم مرهونة بالالتزام بالوقت وعدم التغيب وإعطاء المريض الدواء في الوقت أي هنا يستطيع أن يحققها لهذا نجد انه صرح باحتمال جيد جدا

أما السلك الطبي فان جودته مرهونة بشفاء المريض ومدى تمرسه و تنطوره في المجال الطبي، كما يحرص الطبيب على التميز في عمله وهذا يختلف باختلاف سنوات العمل (الاقدمية) والرتبة المهنية ،حيث نجد الطبيب في بداية مشواره يختلف في حاجياته وأهدافه عن الطبيب الذي يمتلك سنوات من الاقدمية حيث يسعى الموظف الجديد الى اشباع الحاجات المادية من اجر وعلاوات الى ضرورة اكتساب الخبرة المهنية واشباع الامن الاجتماعي ، في حين يسعى الطبيب الذي له اقدمية الى حاجيات أخرى معنوية مثل تقدير الاخرين وتحقيق الذات (وهي اعلى المرتبات في سلم الحاجات عند ماسلو) والعمل على صنع مكانة وظيفية واجتماعية مميزة (اسم مهني مميز)، وهذا ينطبق بشكل كبير على فئة الجراحين والمختصين .

اما موقف المرضى من الخدمات الصحية فلقد صرح اغليبتهم بانه متوسط من ناحية الخدمة اما من ناحية الاهتمام فأغلبهم لهم مرافقين يهتمون بهم.

**جدول رقم ( 60 ) يبين مدى ملائمة الخدمات الصحية لاحتياجات المريض :**

الرتبة	الجراح	المختص		المقيم		العام		الداخلي		مج ج		المرضى		مج ك		
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%			
نعم	2	40%	4	67%	4	50%	1	17%	10	83%	21	57%	28	55%	49	56%
لا	3	60%	2	33%	4	50%	5	83%	2	17%	16	43%	23	45%	39	44%
المجموع	5	100%	6	100%	8	100%	6	100%	12	100%	37	100%	51	100%	88	100%

تبرز بيانات الجدول أعلاه والمتعلقة بمدى ملائمة الخدمات الصحية المقدمة للمريض أن اغلب الأطباء المختصين والأطباء الداخليين صرحوا بان الخدمات الصحية المقدمة ملائمة للمريض بنسبة قدرت ب 67% للمختصين كون عملهم واضح ولكل مختص مرضى معينين ،اما الداخليين فهم متريصون وهذا ما يبرر اجابتهم التي قدرت ب83%، اما فئة الأطباء الجراحين والعامين فلقد صرح اغليبتهم بان الخدمات الصحية غير ملائمة بنسبة قدرت ب60% للأطباء الجراحين ويرجع ذلك لكون المرضى كثر والعمليات لا تغطي احتياجاتهم لظروف تنظيمية ، اما فئة الأطباء العامون فصرحوا بنسبة 83% ان الخدمات الصحية المقدمة لا تغطي الاحتياجات وذلك لكون اغلب الأطباء العامون يعملون في الاستعجالات التي تتميز بالتوتر الشديد وهذا ما يؤدي الى التعب والارهاق وعدم تلبية كل الاحتياجات لأسباب شخصية وأخرى مادية خاصة بالمؤسسة ،اما الأطباء المقيمين فقد كانت تصريحاتهم متساوية بين المؤيد والمعارض ،في حين الشبه طيبين فقد صرحوا بنسبة 55% ان الخدمات الصحية المقدمة ملائمة مع احتياجات المرضى ، وهناك أيضا نسبة معتبرة قدرت ب 45 % انها لا تتلائم مع متطلبات المرضى.

ما هو متداول لدى المرضى ان العلاج في المستشفى العام خاضع لمنظور المحسوبة ، واغلبهم يشكون خصوصا من برنامج العمليات وهذا ما يولد لهم نوعا من القلق، و ما هو ملاحظ على تصريحات المرضى وجود تباين حول الرضا عن المعاملة التي يتلقونها ، اذ لا حضنا ان اغلبهم يربطون المعاملة الجيدة بشرط توفر قريب او صديق يعمل في المستشفى بينما باقي الفئات فهي لا ترى ذلك

اطلاقا ، اما فيما يخص المواعيد فهي غير فعالة خاصة فيما يتعلق بالوقت الذي يحدد مسبقا للمريض او في حال اعتماد الدور فالبعض قد يأتي مبكرا ويعالج متأخر والبعض يأتي على الوقت المحدد ولكن لا يفيد ، وهذا عائد للمؤثرات الخارجية مثل الوساطة التي تؤدي الى اختلال الدور للمرضى ، وصرحوا كذلك انهم لو كان بمقدورهم ماديا لما التجأوا الى المستشفيات العمومية والتجأوا الى المستشفيات الخاصة اين نقودك هي من تتكلم بدلا من سوء المعاملة والانتظار .

ومن هنا نستنتج أن الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ليست ملائمة لدرجة كبيرة ، خاصة وأن الدراسة أجريت في مؤسسة صحية عمومية وأن الأخيرة تتميز بمجانبة الخدمة ومجانبة العلاج ، مما يجعل المؤسسة تستقبل أعدادا هائلة من المرضى قد تفوق طاقتها الاستيعابية وهذا مما يبدى الخدمة الصحية المقدمة ، إضافة إلى أن الدراسات تؤكد باختفاء الطبقة الوسطى و اندثارها فترة التسعينات عادة التعديل الهيكلي والدخول في تراتيب إقتصاد السوق الذي إنجر عنه العديد من الآثار الإجتماعية السلبية ، وبالتالي أصبح معظم المجتمع الجزائري يندرج ضمن الطبقة الفقيرة التي لا تجد وجهة سوى المؤسسات الصحية العمومية التي تقدم الخدمات المجانية وهو ما يضعف قدرتها الإستيعابية والخدمات التي تقدمها .

### ثانيا - مناقشة نتائج الدراسة

انطلاقا مما سبق من تحليل للشواهد الإحصائية واستخلاص النتائج التي تشكل خلاصة الدراسة الامبريقية وتماشيا مع الهدف من الدراسة، سنقف في هذا السياق على مناقشة اهم النتائج التي تمخضت عنها الدراسة في شقيها النظري والميداني، والتي تعد في الحقيقة إجابة على التساؤلات التي انطلقت منها الدراسة، وذلك وفق طرح سوسيولوجي علمي وفي ضوء محاور أساسية تبرز فيما يلي:

#### 1. مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة:

انطلقت الدراسة الحالية من فرضية رئيسية وثلاث فرضيات فرعية تمثل المحاور الأساسية للاستشارة وقد جاءت نتائجها على النحو الآتي:

#### 1- الفرضية الجزئية الأولى:

إن مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار يعزز من قدرتهم على التأمين الفعال للخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية: توسيع دائرة المشاركة في عملية اتخاذ القرار، الاستشارة، تفويض السلطة بين ممارسي الصحة، وانطلاقا من الجداول التي تم تحليلها في ضوء هذه الفرضية توصلنا الى جملة من النتائج جاءت كالآتي:

## أ- المشاركة في عملية اتخاذ القرار:

إن الإدارة العليا في المؤسسة العمومية الاستشفائية والمكلفة بتسيير كل المصالح الإدارية والطبية تتقل بعض صلاحياتها إلى المصالح الطبية ، وهنا تظهر اللامركزية في المؤسسة من خلال استقلالية المصالح الاستشفائية وتمتع رؤساء المصالح بالقدرة على اتخاذ العديد من القرارات التي تخص المصلحة، حيث تتأثر اللامركزية بعدة عوامل مثل النمط الإداري الذي يتبعه المسير إضافة وكبر المؤسسة وتعدد المصالح وتشتتها جغرافيا ، وهذا ما جعل بعض صلاحيات اتخاذ القرارات تنتقل إلى رؤساء المصالح الطبية لأنه من الصعب جدا أن تقوم الإدارة بتسيير كل المؤسسة بشكل مركزي.

من نتائج الدراسة توصلنا إلى أن اغلب المبحوثين صرحوا بأنهم لا يشاركون في أداء جدول العمل، بتالي لم يتحقق ما يرغبون به مع ما هو مدرك وبتالي لم يتحقق لهم الجودة ، ولكن قد تتحقق إذا كان رؤساء المصالح يقبلون المناقشة بما أنهم لا يشاركونهم في أداء جدول العمل ، وبهذا الخصوص نجد اختلاف في تصريحات المبحوثين حيث أن هناك فئتين في السلك الطبي صرحت بنسبة كاملة هما الأطباء الجراحين الذين صرحوا باختيار أن جدول مناوبتهم قابل للنقاش بنسبة 100 % ، وذلك لاعتبارهم مالكي السلطة (السلطة الفنية) في المؤسسة الاستشفائية وهم أهم فئة فيه ولهم الحرية التامة في مناقشة جدول عملهم بما يتوافق مع ظروفهم واحتياجاتهم، و ندعم هذه النتائج بتصريح احد الجراحين اثناء اجراء حوار حول العمل حيث صرح: " أن البعض الجراحيين يمتلكون عيادات خاصة أو أنهم يعملون في عيادات خاصة وعليهم التوفيق بين العمل الخاص والعمومي مع إعطاء الأولوية للعيادات الخاصة التي تتخذ نظام عمل صارم ومنظم، على عكس المستشفى الذي لا يحاسب هذه الفئة ولهم الحرية التامة في العمل من حيث الزمان".

كما صرح احد المبحوثين من الأطباء الجراحين انه لا يمتلك جدول عمل معين ، وهذا ما صرح به أستاذ رئيس المصلحة اثناء المقابلة الذي قال: " أن الطبيب ليس له جدول عمل معين بل الجدول المنجز هو شكلي فقط وان الطبيب الجراح أو المختص يأتي متى احتاجوا له وأكدوا أنهم يلبون النداء في أي وقت ، وطرح هنا الجراح إشكال أن ما يستدعيهم للنقاش هو جدول العمليات حيث لديهم غرفة عملية واحدة في كل مصلحة وكثرة المرضى هنا يحدث الإشكال بين الجراحين وقد صرح انه يجري عملية كل 15 يوم ، وأضاف أن المستشفى العمومي غير محفز للعمل ومحبط لأنه لا يمتلك المقومات والوسائل وابطس شيء حتى انه لا يمتلك الانترنت كأبسط مطلب في المكتب لذا فأن الطبيب حتى وان أراد أن

يتابع عمله بصفة رسمية ويبقى في المستشفى طول اليوم فان ذلك يعتبر مضيعة للوقت فيذهب لاستغلال وقته ومتى احتاجوا إليه يتصلون به ."

أما الطبيب المختص فقد كانت نسبة تصريحه لقابلية مناقشة جدول العمل منخفضة جدا مقارنة بالجراح وهذه الإجابة تبررها طبيعة التخصص حيث أن طبيعة عمل الجراح تختلف عن المتخصص فالجراح محكوم بساعات عمل معينة تحدها العملية ، أما المختص فطبيعة عمله محكومة بساعات عمل معينة وتنتهي ببداية عمل الفريق المناوب وبالتالي فالطبيب المختص ملزم بالحضور وفق جدل عمل منظم عكس الجراح، وطبيعة المريض هي من فرضت هذا القانون الغير رسمي فنوعية المرضى في تخصصات الجراحية تختلف عن تخصصات الباطنية حيث أن تحسن المريض بعد العملية يكون ملحوظ وتقرره نتيجة العملية ناجحة أم لا ويمكن ملاحظتها بعد العملية مباشرة ويبقى المريض تحت الملاحظة الطبية من قبل الممرضين ، على عكس المريض في التخصصات الباطنية أو المريض المحروق الذي يحتاج لمتابعة يومية وقد تطول مدة شفائه مما يجبر المختص على البقاء جنبه عكس الجراح، وهنا إجبارية حضورهم مهمة جدا لتقديم الخدمة الصحية للمريض بالإضافة إلى استقبالهم المرضى المحول من الاستعجالات ، لكن ما تم ملاحظته و ما هو متعارف عليه بصفة رسمية انه في المساء لا يوجد أطباء لذا من أراد العلاج فيجب حضوره في الصباح وان أتى في المساء لن يجد الطبيب المختص، فان كانت حالة تستدعي الانتظار فينصحك الطبيب العام في الاستعجالات بالقدوم غدا لكن في صباح وان كانت حالة مستعجلة فقد يحولك إلى عيادة خاصة بعد محاولته الوصول إلى الطبيب المختص طبعاً إن كانت المحاولة مفيدة (وهذا ما لاحظناه في مصلحة الاستعجالات لرأي للمرضى الخارجين أثناء إجراء الدراسة الميدانية، ولاحظنا كذلك سيطرة الطبيب المختص على الأطباء المقيمين وأداء جانب من مهامهم بصفة جبرية نوعاً ما لاعتبارهم طلبة مقيمين بغرض التخصص.

هذا ما يفسر تصريح أغليبيتهم ( أطباء جراحين ومختصين ) بأنهم يناقشون جدول العمل النهاري لكثرة المهام فيه وأدائهم لمهام غيره، وبالتالي فان التابعين للسلطة من الفئات التالية المقيمين والعامين والداخليين وخصوصا الممرضين فان مناقشتهم في الغالب تكون في الجماعات غير رسمية لأنها المتنافس الوحيد للمناقشة في القرارات الخاصة بالعمل وأكد البعض أن المناقشة لا تكون بنسبة عالية، للخوف من سلطة التحالفات لان البعض يرى انه من الممكن أن الرئيس قد يعرف مناقشته بعض القضايا التي تمس شخصيته والتي تؤثر على مردودية الموظف لأنه يخاف على أجره، وقد تكون المناقشة عبارة عن جسر وسيط بين الرئيس والمرؤوس أي بوجود من يخدم سلطة الرئيس أكثر، وهذا ما يدعم إجابات الباحثين



حول عدم استشارتهم من قبل المسئول المباشر حول أمور المصلحة حيث صرحت فئة الجراحين بنسبة 100%، وفئة المختصين بنسبة 67 %، أما الفئات المصرحة بأنها لا تستشار في تسيير أمور المصلحة فقد كانت كالاتي: فئة المقيمين بنسبة 100%، وفئة العاميين بنسبة 100%، وكذلك فئة داخليين بنسبة 83%، وفئة الممرضين بنسبة 57%، ويحقق اشراك المبحوثين واستشارتهم للفاعلين الاجتماعيين رؤية أوسع واشمل وبالتالي معرفة اكبر بالظروف المحيطة بهاته المشاكل لأجل إزالة الغموض والجوانب الخفية التي قد تشكل عائقا على السير الجيد للعمل ( من ناحية جودة الخدمة المقدمة) وكذلك على نفسية الممارسين للعمل ( من ناحية مقدم الخدمة) لان جودة الخدمة مرتبطة بالمقدم لها.

#### ب- الاستشارة والتشاور:

من خلال ملاحظة التصريحات نجد أن الفئة المصرحة بأنها تستشار من قبل المسئول المباشر هي فئة الأعلى في السلم الهرمي للرتب المهنية لممارسي الصحة ولديها خبرة مهنية، بينما الرتب البقية فصرح أغلبيتها بأنهم لا يستشارون نظرا للخصائص البنائية لوظيفتهم فمنهم من يعتبر متربص قيد الدراسة (داخلي ومقيم)، ومنهم من يعتبر منفذ فقط كالممرضين بينما العامون فهم أطباء منفذون أكثر منهم مسيرين وبالتالي فالأساس المعتمد هنا في الاستشارة هو الرتبية المهنية التي تعتبر من الناحية النظرية معيار ذا جدارة واستحقاق، ولكن هذا المعيار في نفس الوقت قد يتحول من منوال منهجي تنظيمي إلى منوال تنظيمي معيق يعزز أنماط سلوكية غير مرغوبة أساسها العلاقات مبنية على اتجاه أفقي في القفة فقط مما يعزز قيم الانفرادية ويعزل باقي الفاعلين ويقلل انتماءهم ومما يؤثر على جهودهم المبذول واعتبارهم مجرد آلة وظيفية عليها التنفيذ والإنتاج.

من بين كفايات المشاركة في صنع القرارات هي إشراك الفاعلين الذين لهم علاقة بالمشكلة لتحقيق رؤية أوسع واشمل، وبالتالي معرفة اكبر للضرر وف المحيطة بهذه المشاكل لأجل إزالة الغموض والجوانب الخفية التي قد تشكل عائقا على السير الجيد للعمل (من ناحية جودة الخدمة المقدمة)، وكذلك على نفسية الممارسين للعمل (من ناحية مقدم الخدمة) لان جودة الخدمة مرتبطة بالمقدم ، ويقتصر اشراكهم فقط عند حدوث مشكل في العمل مع احد ممارسي الصحة، لكن هذا الاشراك هو اشراك غير فعلي نسبيا حيث صرح اغلبهم بان الرئيس المباشر يحاورهم ويستمع اليهم عند حدوث مشكلة، وبذلك نظريا حسب إجابات اغلب المبحوثين من السلكيين الطبي والشبه طبي نستطيع أن نصنف ممارسي السلطة ( المسئول المباشر عن ممارسي الصحة ) وفق لأنواع التي سبق ذكرها في الجانب النظري وفق الجدول رقم (5) المعنون ب جدول يبين تصنيف ممارسي السلطة على أساس استخدام النسق السلطوي

بأنه قائد ديمقراطي الذي عرفناه بأنه: " هو ذلك القائد الذي يشاور ويشرك رؤوسيه في عملية صنع القرارات ورسم الأهداف وتنفيذ الأعمال ويتشارك معهم في أداء العمل"، من خلال هذا التعريف نجد ووفقا لما صرح به اغلب المبحوثين نكون قد تحققنا من خاصية واحدة من خصائص البنائية للتعريف للقائد الديمقراطي وهي التشاور.

اما فيما يخص الاجتماعات فقد توصلنا أن التابعين لسلطة من ممارسي الصحة المعنيين بالاجتماعات في المؤسسة العمومية الاستشفائية ضعيفة برغم من أنهم يمثلون الفئات الأكبر في المؤسسة، بينما تتمحور جل الاجتماعات على المستويات العليا للإدارة إضافة إلى السلك الطبي ممثلين في الجراحين والمختصين الذين جُلبت عليهم عبارة الأساتذة الجامعيين والاستشفائيين الذين هم أهم فاعلين في صناعة القرارات المتخذة حيث بحيازتهما لنوعي السلطة كانت لهما القدرة على التحكم بمسرى عمل المصلحة من خلال الاجتماعات ،مما سبب نوعا من عدم التوازن أو اجتذاب السلطة نحوهم ، ويقصر حضور المقيمين و الداخليين الاجتماعات للتعلم وهو اجتماع (STTAF) لمناقشة تطور حالات المرضى

#### ت-تفويض السلطة:

صرح اغلب المبحوثين باختلاف فئاتهم باحتمال تفويض السلطة لا تعتبر تنازلا من المسئول المباشر عن مهامه ، وبهذا فان نظرهم لتفويض السلطة نظرة ايجابية لعدم اعتقادهم بأنها عبارة عن تنازل عن مهام المسئول المباشر، بل هي عبارة عن توكيل لفاعل آخر لتطبيق الخبرات في مهمة ما، وبهذا فإن فنية التفويض لا تعني التخلص من السلطة والنقل للمجرد للقوة لا يلغي السلطة النهائية للمسئول، وتعتبر كذلك عملية من العمليات المتصلة بالتوجيه وبمقتضاها ينقل المسئول جانب من اختصاصه إلى بعض رؤوسيه ليمارسوها دون الرجوع إليه ،مع بقاء مسؤوليته عن هذه الاختصاصات أي هو أسلوب تنظيمي يتم بموجبه تخفيف العبء عن الرئيس بالدرجة الأولى ، وصرح فئة الجراحين والمختصين كانت أعلى نسبهم ضمن احتمال تفويض السلطة في كل الأمور لامتلاكهم شخصية كاريزمية ذات قدرة سلطوية غير رسمية ضمن النسق الصحي العام اكتسبوها من رتبهم المهنية وكفاءتهم وقدرت موقعهم العلاجي على التأثير على مسار العمل العلاجي لباقي ممارسي الصحة ، ومن هنا أصبحت لهذه الفئة صفات مميزة ومن بينها التعالي على القواعد الإدارية ومن يمتلكها يرفض الخضوع إلى قواعد تنظيم ، أي هنا حققوا خاصية قدرة الفعل والتأثير على الفاعلين مع قدرتهم على ممارسة ضغوطات وظيفية قد تؤدي إلى معوقات وظيفية تنعكس على الأداء العام .

وفي المؤسسة الاستشفائية يظهر التفويض بشكل رسمي في عدة مجالات كالمناوبة التي تضمن ديمومة سير المرفق العام ، والإنبابة في منصب المسؤول في حالة كالعطلات ، أو تفويض التصويت وغير ذلك من صور التفويض ، غير أن الملاحظ انه ليس هناك تفويض حقيقي بمعنى تفويض كل الصلاحيات اللازمة من اجل اتخاذ القرارات ، وهذا ما صرح به احد الأستاذة المحاضرين أثناء تحاور معه بأنه لا يقبل طلب تفويض السلطة له في معظم الأحيان لأن هذا تفويض ليس حقيقي لأنه لا يمتلك سلطة القرار التي يفترض أن تفوض مع المسؤولية ، لان الفاعل المفوض لا يحاسب بل يحاسب من فوضه، فتتخذ اغلب القرارات عن طريق الهاتف وهذا ما يشكل عبئ على المفوض في تسير المصلحة وقد يتلقى رفض وبعض ضغوطات من قبل ممارسي الصحة .

بالإضافة إلى أن تصريحه ركز على نقطة مهمة وهي أن التفويض يعطي بناء على حسابات شخصية لصديق أو لصاحب نفوذ وخدمة لمصالح شخصية، لأنه حسبهم دائماً هناك عائد مادي وهناك معلومات سرية لا يجب أن تعرف من قبل البقية من الفاعلين. ومن خلال تصريحات سكريتير في احد المصالح انه فوض له الأستاذ رئيس المصلحة تسير المصلحة لمدة شهر كامل وهو غائب دون شعور ممارسي الصحة بغيابه أو تجاهلهم لغيابهم بحكم منصبه الإداري والخوف من التصادم معه مما يؤثر على المسيرة المهنية أو التعليمية للفاعلين.

ومن جهة أخرى ما يبرر إجابات اغلبهم بتفويض السلطة لهم في كل الأمور أنهم يمتلكون القدرة أن يكونوا ضمن المجلس الإداري وأيضاً المجلس الطبي وهذا ما يعطيهم فرصة التدخل حتى في التسيير فالسلطة الطبية موجودة داخل المصالح وداخل التنظيم الإداري في معظم الأحيان.

وفي إطار تحديد ملامح العلاقة بين الوضع المهني وعملية التفويض اتضح انعزالية العلاقة فالتفويض حكر على فئات معينة تمتلك القدرة السلطوية في اغلب الأحيان وليس الشرعية السلطوية.

ان تفويض السلطة يتم بين طرفين طرفها الأول المفوض والذي يعتبر هنا مالك السلطة ويمارسها بصفة رسمية وموقعه في التدرج السلطوي يبرر شرعية الممارسة، ويمثلها في المؤسسة الاستشفائية أستاذ رئيس المصلحة و الطرف الثاني المفوض إليه والذي يكون تابع للسلطة لكن يجب أن يتميز بخصائص فنية ومؤهلات وكفاءات تميزه عن باقي الفاعلين ويمثلها ممارسي الصحة بمختلف فئاتهم ، ومن ناحية الفائدة فان تفويض السلطة بالنسبة للمفوض تمكنه من القيام بالمهام الرئيسية في المنظمة والمتعلقة بالتطوير والتخطيط ورسم السياسات ومتابعة تنفيذ أهداف المنظمة أما أهميتها بنسبة للمبجوثين فهي كالاتي :

يعتبر تفويض السلطات والمسؤوليات احد أهم الأبعاد المحددة لطبيعة توزيع الممارسات السلطوية ، كما انه يحدد واقع السياسة الإشرافية المتبعة في البنية التنظيمية بالمؤسسة، كما انه عملية التفويض لها خصائص وظيفية ذات دالة استقلالية وبعد ديناميكي يهدف إلى توجيه الموارد البشرية وإعدادها لتحمل المسؤولية وبالتالي تقوية العلاقات الإنسانية وإتاحة الفرصة للإبداع والابتكار و تشجيعهم على استخدام الموارد بصورة أكفأ وبأكثر مرونة واستجابة وبالتالي تعزيز جودة الأداء ليصبح مردود الخدمة أكثر جودة بكل الأبعاد بداية من سهولة الوصول للخدمة لكون للمفوض له الصلاحية لتقديم الخدمة في الوقت المناسب ووصولاً إلى جودة العمليات العلاجية بكل مراحلها ، وكذلك تهدف هذه العملية إلى تفرغ المسؤولين للوظائف الإدارية الأكثر أهمية.

من الخصائص البنائية لتفويض السلطة أنها عملية مؤقتة غير مستمرة وهذا ما يعني أن التفويض لا يجب أن يكون طويلاً وفي جميع الظروف بل في مواقف يتناسب معها أسلوب تفويض السلطة والى أصبح هذا التفويض دلالة على تهرب المفوض عن واجباته او سيطرة فئة معينة على ممارسة السلطة ، ولنجاح تفويض السلطة لابد أن يكون تفويض السلطة محدد بوضوح حتى يكون لمن فوضت له السلطة معرفة الحيز التي يستطيع العمل فيه دون تدخل في مجال عمل الآخرين، وبالتالي لا يكون هناك خلط بين السلطات ،أي لابد للتفويض أن يكون ضمن المستوى الأمثل من مدى التفويض .

إن مراقبة ممارسي الصحة من حيث أدائهم ومدى التزامهم و مواظبتهم ينعكس بصفة ايجابية على جودة الخدمات وحتى إن وجد خلل وظيفي أو معوق فإن المراقبة الدائمة والمستمرة تؤدي إلى اتخاذ القرارات التصحيحية المناسبة لتحقيق أفضل جودة ونوعية من الخدمات الطبية التي تحقيق الرضى للمريض وأهداف المستشفى، وهذه الرقابة يجب أن تكون على كل ممارسي الصحة بغض النظر على رتبتهم المهنية أو علاقتهم الشخصية بمركز السلطة وفي الجدول الخاص بتفويض السلطة نلاحظ أن فئتين صرحوا بأنه يتم تفويض السلطة لهم حيث صرحت الفئة الأولى فئة الجراحين بنسبة 100%، والفئة الثانية بنسبة 83 %، وفي نفس الوقت صرحوا بعدم خضوعهم للمسائلة ولكن هذا لا يبرر عدم خضوعهم للمسائلة إذ أنهم حتى ولو كانوا مفوضين فيبقى للتفويض حدود بحيث يجب مراقبة المفوضين لضمان حسن استخدامهم للسلطة الممنوحة لهم وكذلك الحق في التحقيق في التجاوزات التي تقع من قبل المفوض إليهم وان من بديهيات التفويض أن يعلم الرئيس بالقرارات المتخذة بعد إجرائها وان يوضع بالصورة عن كل ما يحدث بالمؤسسة ،حيث انه المسئول الأول عما يجري فيها.

وفي الأخير تم التوصل الى ان السلطة في المؤسسة الاستشفائية ليست هرمية وهذا بسبب وجود سلطة مهنية او طبية وهي سلطة موازية للسلطة الإدارية التي هي بيد رؤساء المصالح والاقسام داخل المستشفيات مهما كان تخصصهم الطبي او الإداري حيث ان وجود هاتين السلطتين معا في نفس المكان ، يؤدي الى اضعاف هرمية السلطة في الهيكل ، أي يوجد في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة سلطتين سلطة رسمية وهي الإدارة ورؤساء المصالح التي تقتصر علاقتها مع الإدارة كمنفذين اكثر منه مقررين ، والسلطة الطبية رسمية موازية لسلطة الإدارية وتكتسب شرعية سلطتها من خلال المعرفة الفنية والتي مثلتها في دراستنا الجراحين والمختصين ومن خلال ما تم التوصل اليه في الدراسة فان هاذين الفئتين لهم خصائص تميزهم على باقي الفئات سواء الطبية (المقيمين والعامون والداخليين ) او الشبه الطبية وهذه الخصائص شملت مؤشرات الدراسة اذ انها فئة مشاركة في اتخاذ القرار في المصلحة وتشاور ومفوضة وكل هذه الخصائص تخولها الى أدائهم لعملها بكل اريحية و لا توجد امامهم معوقات وظيفية الا ما كانت ضمن اطار نقص الموارد المادية او النقص البشري ، اما التابعين لسلطة سواء الأطباء المقيمين او العامون والداخليون او الممرضون فانهم لا يمتلكون سلطة وان امتلكوها فهي سلطة نسبية موضعية تخضع لتعقيدات هيرالكية وضغوطات ومساومات لا وظيفية تندرج ضمن التبعية للمالك كما هو الحال للأطباء المقيمين والداخليين تبعية الطالب للأستاذ وهذا ما يؤثر على جودتهم الوظيفية بالإضافة الى انهم يتعرضون للمساءلة على عكس فئة الجراحين والمختصين.

وبالتالي نتوصل الى تحقق الفرضية الفائلة إن مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار يعزز من قدرتهم على التأمين الفعال للخدمات الصحية في المؤسسة.

## 2- الفرضية الجزئية الثانية:

إن تقسيم العمل وفق معايير موضوعية يفعل على نحو أمثل أداء الموارد البشرية وينميها في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (حجم وتوقيت العمل وكيفية أدائه، العدالة في التقسيم)، ومن هذا المنطلق وبعد التمعن في جملة الجداول التي تم تحليلها في ضوء هذه الفرضية توصلنا الى جملة من النتائج جاءت كالاتي:

### أ- حجم وتوقيت العمل وكيفية ادائه:

من خلال الإجابات توصلنا الى أن الاستقلالية في تنظيم العمل كبيرة في أعلى الهرم الطبي لانهم يمتلكون المعارف التقنية ما يجعلهم يستغنون عن غيرهم، ويمتلكون ايضا مسؤولية خاصة اتجاه المرضى عند أداء مهام التشخيص وإعطاء العلاج المناسب ، هذه المسؤولية تجعلهم يأخذون قرارات فردية اتجاه

المريض وهذا ما يفسر إجابات فئة الاطباء المختصين بأنهم ينضمون عملهم بمفردهم والتي عبر عليها المبحوثين بنسبة 60% ، أما فئة الاطباء الجراحين فقد صرح أغلبيتهم بان الفريق هو من ينظم العمل وذلك بسبب ظروف العمل التي تستدعي التفاهم من اجل إجراء العمليات لعدم وجود قاعات جراحية متعددة، أما الفئة التي تنتمي إلى وسط الهرم الطبي الأطباء المقيمين فهي تعتمد على الأستاذ رئيس المصلحة في تنظيم عملها وكانت نسبة تصريحهم بنسبة 60% ، فذلك نوع من تبعية الطالب للأستاذ رئيس المصلحة في تنظيم عملهم باعتبارهم لا يزالوا طلبة ما بعد التدرج ،هم كذلك من يقومون بالمهام مع الأطباء الاخصائيين لأنهم في مرحلة التدريب والتريص، أما فئة الأطباء العامون فقد صرحوا بان الأستاذ رئيس المصلحة من يقوم بتنظيم العمل، لكن هناك من هذه الفئة من ينظم عمله بمفرده خاصة بالنسبة للذين يعملون في المصالح الغير متخصصة كالأطباء العامين المعالجين للعمال ، بينما الفئة الطبية التي تقع في أسفل الهرم الطبي أي الأطباء الداخليين فينظمون عملهم جماعيا عن طريق الفريق هذا ما يدل على محدودية المهام التي يؤديونها، خاصة في المصالح المتخصصة فالأطباء الاخصائيين هم من يقومون بالمهام مع الأطباء.

اما في ما يخص بند المعالج لمن يقوم بتنظيم العمل داخل المصلحة فنلاحظ أن اغلب المبحوثين من فئة الممرضين صرحوا بنسبة 32% باحتمال أنا من أقوم بتنظيم عملي الفريق، لتليها نسبة 30% والتي صرح بها المبحوثين باحتمال الفريق هو المنظم ، لتليها نسبة 26% والتي صرح بها المبحوثين باحتمال رئيس المصلحة، ما يدل على ان هذه الفئة تمتلك نوعا من تسير غير رسمي داخلها على اعتبار انها الفئة الأكثر في مؤسسة الاستشفائية ومن الاحسن ان تقوم بتنظيم عملها وهذا ما يعطيها نوعا من الاستقلالية لكن طبعا مع موافقة رئيس المصلحة.

في ما يخص نظام العمل في المستشفى فإنهم يعملون وفق نظام الفرق، حيث يتكون الفريق دائما من السلك الطبي والسلك الشبه طبي وحتى الأعوان، ولا يمكن أن يتم العمل إلا بتعاون الجميع وذلك بواسطة نظام المناوبات ( مناوبات نهائية ومناوبات ليلية) بحيث لا يمكن ترك المناوبة بدون ممارسين لصحة وذلك لخصوصية وظيفة المستشفى و لا توجد إمكانيات غلق المصلحة إلا بقرار وزاري ، ان غياب الأطباء أثناء المناوبة أو الشبه طبيين خطأ يعاقب عليه القانون لأن طبيعة العمل تتعلق بحياة المريض المقيم الذي يحتاج إلى العلاج الدائم مع المراقبة الدائمة لتطور حالته الصحية التي في غالب الأحيان تكون غير مستقرة نسبيا، أما النظام الساعي للعمل فهو يومين بيومين أو ثلاثة أيام بثلاث أيام أو 24/24 مع ثلاث أيام، ومن خلال النتائج المتوصل اليها نجد أن كل الفئات صرحت بان الحجم

الساعي للعمل يناسبها بنسبة كلية قدرت ب 68 % توزعت نسبهم، ولكن ما هو محل مناقشة هو جدول العمل وتوزيع الحجم الساعي حول الأيام ومناوبات النهارية واللييلة للعمل.

من حيث نظام العمل المتبع في مؤسسة الاستشفائية، يعمل الأطباء بالمناوبات النهارية كل يوم من الناحية القانونية ووضع هذا البرنامج دون استشارة الأطباء أنفسهم بل فرض عليهم، ولديهم مناوبات ليلية تقسم على حسب عددهم، أما السلك الشبه طبي فمنهم من يعمل ضمن المناوبات النهارية فقط ومنهم من يعمل ضمن المناوبات الليلية فقط ومنهم من يعمل ضمنهم الاثنين، حيث صرح كل المبحوثين بان هذا يتم بتفاهم والاتفاق مع رئيس المصلحة وأيضاً يعطي لهم الحرية في اختيار فريق عملهم حسب ما صرح به الرئيس والمرضى وانه يتدخل عندما لا يصلون إلى اتفاق.

لذا نجد بعض المصالح تحاول أن تعمل وفق أنظمة غير رسمية وبالتفاهم مع الأستاذ رئيس المصلحة، ولذلك يتم وضع مخطط مسبق للأطباء والشبه الطبيين ويتم الاطلاع عليه والاعتراض مسبقاً وتفاهم مسبقاً وقد يقبل التغيير وقد لا يقبلوا معظم أسباب التغيير وقد تكون الأسباب ذاتية تخدم أولاً المصلحة الشخصية ومنها ما هو موضوعي لمصلحة سير المصلحة.

#### ب- العدالة في التقسيم:

وفقاً لتوقيت النهاري والليلي سنناقش أيها يقدم خدمات جيدة من وجهة منظور المبحوثين تحت مضمون العدالة التنظيمية، بحيث يعد مفهوم العدالة التنظيمية من الموضوعات الفاعلة والمهمة في حقل الإدارة، وهي متغير مهم ومؤشر في عمليات الإدارة ووظائفها، فهي تسلط الضوء للكشف عن الأجواء التنظيمية والمناخ التنظيمي السائد في المؤسسة، وبالتالي بناء تصورات خاصة حول حالات التجاوب ودرجات التفاعل التنظيمية وكذلك الرضا عن الرؤساء ونظم القرار.

تمت دراسة العدالة التنظيمية ضمن بعد العدالة التوزيعية التي ضمنها بمؤشر عدالة التوزيع في مناوبات العمل في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، لان عدالة التوزيع لا تضم فقط عدالة المخرجات أو العوائد التي يحصل عليها العامل بل تشمل كذلك عدد ساعات وأعباء العمل والواجبات الوظيفية، تم طرح تساؤل العدالة في توزيع المناوبات ومن خلال إجابات المبحوثين نلاحظ أن كل من الاطباء الجراحين والمختصين والمرضى مدركون للعدالة في كلا التوزيعين وهذا ما قد يؤدي بهم من إلى الارتباط النفسي بالمؤسسة مما يدفعهم للاندماج في العمل و إلى تبني قيم المنظمة، وقد يسعى بعضهم لمقابلة أو تعويض هذا الأمر المهم و إحدى صور هذا التعويض هو قيامه بأداء عمله بجودة عالية وفق ما تتطلبه وظيفته وقد تكون أيضاً خارج حدود الدور المطلوب منه، بينما باقي الفئات من أطباء مقيمين و



عامون وداخليين فقد صرحوا بأنه لا توجد عدالة في توزيع المناوبات الليلية، وعدم مناوبة الكثير من الأطباء المختصين والجراحين والانتكال عليهم في أداء مهامهم بصفة غير رسمية والاتصال بهم في الحالات القصوى، وهذا ما يفسر إجابات المبحوثين بالعدالة في توزيع المهام حيث كانت نسبهم كالاتي:

صرح أغلب الاطباء الجراحين أن هناك عدالة في توزيع المهام بنسبة 100 %، وفي نفس السياق صرح المختصون بوجود العدالة بنسبة 83 %، وكذلك الداخليين بنسبة 83% ، وكذلك الممرضين بنسبة 59%، بينما صرح أغلبية المقيمين والعامون بعدم وجود العدالة بنسبة 75% مثلها الأطباء العامون و بنسبة 83% مثلها الأطباء الداخليون . تشير هنا النتائج إلي انه لا يتم توزيع المهام بتساوي ومن خلال الملاحظة والمقابلات التي تمت نستنتج أن هناك ضغط على بعض الفئات وهذه الفئات هي فئة المقيمين باعتبارهم قيد الدراسة فهم تابعين لممارسي السلطة الغير رسميين الجراحين والمختصين والعامون باعتبارهم في ادني الهرم السلطوي وهنا يتم الضغط عليهم بحجة التريص والتمرس باعتبار الفئة الأولى تملك الخبرة الفنية والفئة الثانية هي باحثة عن الخبرة الفنية ، وهذا أيضا ما تم التحقق منه في الجدول السابق الخاص بالعلاقة بين العدالة التوزيع للمناوبات و الرتبة المهنية، نجد أن هذه الفئة أيضا صرحت بأنه لا توجد عدالة توزيعية للمهام خصوصا في المناوبات الليلية.

ومن المعروف أن مؤسسة الاستشفائية تتميز بالتقسيمات العديدة والشديدة التفرع وتضم حشدا هائلا من الوظائف والجماعات المهنية التي تحتاج إلى تنسيق العمل ولم شمل الأجزاء يمثل دائما الوجه الآخر لعملية تقسيم العمل أي نحتاج دائما إلى التضامن والتنسيق، أي هي مجال يقوم على تكامل الوظيفي وتقسيم العمل فيها مرتبط بخاصية التخصص وترتيب المهني.

وبذلك فان الوظائف تختلف فيما بينها من حيث نطاق الإشراف وهذا شيء متوقع ومنطقي كما انه من المتوقع أيضا أن تتطلب بعض الوظائف توفر مؤهلات عالية في القائمين عليها، ولكنها في النهاية على نفس الدرجة من الأهمية بالنسبة لسير العمل في المؤسسة الاستشفائية، فلا يمكن غياب أي فئة دون أن يعود ذلك بالضرر على جودة الخدمات الصحية، لذلك يحتم التنظيم الوظيفي دائما وجود كل فئة نظرا للخاصية الوظيفية التي تقدمها المستشفى إذ أنها عملية متتابعة تعتمد على بعضها البعض.

إن تقديم الخدمات الصحية كما ذكرنا هي عملية إنتاجية واحدة تكون مقسمة بشكل تعاوني إلا أن الأعباء الفردية العاملين فيها غير محددة تحديدا دقيقا، وبالتالي يكون للفرد الواحد الذي يتحمل جزئية من جزئيات العملية حرية اختيار واسعة نسبيا، بحيث يستطيع ممارس الصحة أن يعدل من استجابته تبعا لظروف العمل أو ظروفه الشخصية، بل من الممكن أن يتبادل مع زملائه مواقعهم ليخففوا عن بعض



عبئ جزئية معينة شاقة من جزئيات العملية الإنتاجية للخدمة الصحية المقدمة للمريض وهذا ما يطلق على هذا النوع من أنواع التعاون اسم تعاون الفريق الواحد لكن ما لاحظناه أثناء إجراء الدراسة الميدانية وأثناء احتكاكنا بممارسي الصحة والحوار معهم وبناء علاقات جيدة أن هذا أدى إلى وجود عدد من الأفراد لا يتحملون المسؤولية ويتقاعسون و لا يبذلون أعلى طاقة لديهم لوجود من يعوضهم في الفريق الذي يعمل بضمير مهني بدل تكاسل الوظيفي لدى البعض والاختباء تحت ظل المجموعة ، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى انخفاض أداء المجموعات الحقيقية ، وهنا قد ينتج عنها الاعتماد على جهد الآخرين دون أن يبذل الفرد أي جهد وهذا قد يولد توترات ويقال من إنتاجيتهم وكذلك محاولة تغيير الفريق بحثا على الأفراد المتعاون بالإضافة إلى الاعتقاد السائد في المجموعة أن الجهد العالي لن ينال الاستحسان أو الثواب وان الثواب سيكون متساويا للأعضاء بغض النظر عن الجهد المبذول كذلك يعتقد البعض أن أعلى جهد لهم هو أمر غير مطلوب أصلا بسبب عدم القدرة على التعرف على الجهد الفردي من أداء الجماعة فنلاحظ من هنا أن الأعضاء قلل وعيهم الذاتي بأهمية عملهم الذي هو متعلق بحياة إنسان فجهدده يساعد في شفاء المريض وتقاعسه قد يؤدي بوفاة المريض.

نلاحظ كذلك أن الفرد أثناء العمل الجماعي يجد نفسه في حيرة عن الجهد الذي يبذله وهنا يتخذ القرار بما يتناسب مع مصالحه الشخصية إذا كان في حالة مأزق أو حيرة أي هنا أولوية الشخصية على المهنية.

اما رأي المبحوثين في العلاقة بين جودة الخدمة وتقسيم العمل فنلاحظ فلاحظ من خلال إجاباتهم وجود اختلاف ، حيث صرح اغلب المبحوثين من فئة الجراحين بنسبة 60 % بان تقسيم العمل يؤدي إلى الجودة في الخدمات المقدمة وما يفسر هذه النتائج طبيعة عمل فئة الجراحين حيث نجد أن كل جراح مختص في حالات مرضى معينة أي الانفرادية في العمل هي أساس عمله، بينما فئة المختصين صرح أغلبيتهم بنسبة 75% بأن تقسيم العمل لا يؤدي إلى جودة الخدمات الصحية برغم من تشابه عمل المختص بالجراح إلا أنهم صرحوا عكس الجراحين واعتبر وان تقسيم العمل معيق ولا يؤدي إلى الجودة في الأداء، لتأتي الفئة المقيمين الذين صرح أغلبيتهم بان تقسيم العمل يساعد على تقديم خدمات جيدة بنسبة قدرت ب75% وما يفسر هذه النسبة أن هذه الفئة تتعرض لضغط المهني من قبل المختصين بل وطبيعة مستواه تفرض ذلك لأنهم في مرحلة التدريب لهذا فإنهم يؤيدون فكرة تقسيم العمل على اعتبار أن تصبح مهامهم محددة ويتخلصون من سلطة الملقنين، لتأتي فئة الأطباء العامون الذين صرحوا أيضا بنفس اتجاه الأطباء المقيمين بنسبة 83 % لأنهم أيضا يتعرضون لضغط مهني كبير ويعتبرون كذلك في

ادني السلم لسلك الطبيين ، أما فئة الأطباء الداخليين فقد صرح أغلبيتهم بنسبة 58 % بان تقسيم العمل لا يؤدي إلى الجودة في العمل لاعتبار هذه الفئة في طور التريص وتحتاج للمساعدة لأداء عملها لنقصها للخبرة المهنية وعدم تمكنها لتشخيص والمعالجة إلى بأمر وتوجيه من المئطريين .

أما السلك الشبه طبي فقد صرح بان تقسيم العمل لا يؤدي إلى الجودة في العمل بنسبة 69 % أي أنها تفضل أسلوب الجماعة الذي تم التطرق وهو ما يؤكد الفكرة التي تم طرحها في الجدول رقم أي تفضيل الاختباء تحت ظل المجموعة، اما راي المبحوثين في تقسيم العمل:

اما تبرير المبحوثين بان تقسيم العمل يؤدي الى الجودة والتي كانت ضمن احتمالات عديدة وهي " انجاز المهام بدقة ،اختصار الوقت ، تقليل من الجهد" ومن خلال إجابات المبحوثين نجد أن اكبر احتمال حاز على تأكيد المبحوثين الذين صرحوا بان تقسيم العمل يساعد على تقديم خدمات جيدة من خلال احتمال " التقليل من الجهد"، وفي المقابل نجد الفئة التي صرحت بان تقسيم العمل لا يساعد على الأداء الجيد وتقديم خدمات جيدة اشتركت في احتمال " العبء الوظيفي " من عدة احتمالات والتي جاءت كالاتي: عدم انجاز المهام بدقة ، اهدار الوقت ، العبء الوظيفي " وهذا ما يجعلنا نتساءل هل تقسيم العمل مرتبط بصفة أولية بخاصية التعب والجهد هل هنا تكمل فعالية تقسيم العمل من عدم فعاليته؟

إن تحقيق جودة الخدمة الصحية هو هدف يسعى لتحقيقه أي نظام صحي ولا بد من ضمان توفره، وفي اطروحتنا حاولنا معرفة مدى جودة الخدمات الصحية من خلال ثلاث مؤشرات وهي مؤشر النوعية<sup>1</sup> ومؤشر المعاملة<sup>2</sup> وسرعة الحصول على الخدمة<sup>3</sup>، وذلك من خلال تقسيم العمل المعتمد في مؤسسة الاستشفائية والذي يضم مناوبتين كما تم التطرق إليها من قبل مناوبات نهائية ومناوبات ليلية.

<sup>1</sup> إن مؤشر النوعية نعني به درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة، أي أن هذا البعد يهتم بأن يتم تقديم الخدمة بطريقة.

<sup>2</sup> أما مؤشر المعاملة والعلاقة الجيدة بين الأفراد (ويطلق عليه أيضا بعد التعاطف) يقيس هذا البعد هنا العلاقة بين المراجعين (المرضى) والفريق الصحي في كئنا المناوبتين ، لان العلاقة الجيدة تبعث على الثقة والاحترام والاستجابة وتساهم في انجاز المشورة الطبية واستجابة المرضى للتعليمات الطبية والعلاقات السيئة أو غير الجيدة تساعد على عدم استجابة المريض للتعليمات المغطاة له ،وتضعف فعالية الخدمة الصحية، ويعكس هذا البعد أيضا قدرة الأطباء والتمريض على التحدث مع المريض بأسلوب جيد يبعث الأمل والطمأنينة في نفس المريض.

<sup>3</sup> أما المؤشر الأخر وهو السرعة في تقديم الخدمة و سهولة الوصول لها وتعني بالإضافة إلى أن هذا البعد يعكس مدى التزام الكادر الطبي والتمريضي بمواعيد العمليات والعلاج وإعطاء المريض ما يحتاجه من خدمات تمريضية أو طبية.

من خلال إجابات المبحوثين سواء ممارسي الصحة او المرضى توصلنا أن المناوبات النهارية هي أكثر جودة سواء من ناحية النوعية والسرعة والمعاملة وكانت مبرراتهم تصبو في نفس مبررات تفضيلهم للمناوبات النهارية.

مبررات الأغلبية لتفضيلهم الوقت النهاري كانت مجملها تصب مبررات شخصية ومبررات مورفولوجية خاصة بالبناء الجسمي ومبررات موضوعية خاصة بخصائص الممارسات الوظيفية القائمة في المستشفى:

- المبررات الشخصية: كانت لالتزامات شخصية وعائلية منهم من هو متزوج ومنهم من يقطن بعيدا عن المستشفى.
- المبررات المورفولوجية: وهي مرتبطة بسن الطبيب او الممرض حيث برر بعض المبحوثين عدم تفضيلهم للعمل الليلي بنقص القدرة الجسدية والذهنية، وفيهم من برر بان العمل الليلي متعب والليل للراحة وليس للعمل، وفيهم من برر انه في الليل ينقص التركيز ولا يستطيع تقديم خدماته بفعالية.
- المبررات الخاصة بخصائص الممارسات الوظيفية القائمة في النهار:
  - توقيت النهاري يمنح بعض الراحة لتوفر الكادر البشري مقارنة بالليل، ففي وقت الزيارات يرتاح الكادر ويعتبر وقت مخصص للراحة لكن ليس بصفة رسمية بل فرضته طبيعة الوضع السائد في تلك الفترة إذ من غير المعقول أن يتم تشخيص أو تمريض وقت زيارات التي تبدأ من ساعة الواحدة زوار لا وتنتهي عند الثالثة ونصف مساءً وبذلك يبقى من الوقت الرسمي للعمل نصف ساعة تقريبا ومن هذه الوضعية السائدة نجد اغلب المبحوثين صرحوا بان يتم تعديل عملهم وانتهائه عند الساعة الواحدة زوالا.
  - حجم الساعات العمل إذ تقدر في النهار عشر ساعات أما الليل ستة عشر ساعة.
  - المسؤولية كبيرة جدا في الليل وذلك لنقص ممارسي الصحة وبالأخص الأطباء المتخصصين، وكذلك الكادر الشبه طبي إذ يقدر أعضاء الفرق المناوبة في الليل شخصين فقط وهذا ما لاحظته أثناء تواجدي لإجراء المناوبات.
  - وقد صرح البعض أنهم يفضلون المناوبات النهارية لعملهم في القطاع الخاص في الليل.

- بالإضافة إلى مشكلة نقص الكوادر الطبية يضاف أيضا مشكل طرحه الكثير وهي نقص الأمن في الليل وعدم وجود حماية لممارسي الصحة وتعرضهم دائما في الليل إلى مشاكل مع المرضى خصوصا في الاستعجالات.

مبررات تفضيل التوقيت الليلي:

- التوقيت النهاري يحتوي على الفوضى بسبب زيادة عدد العمال، الأطباء والزيارات وأنهم لا يتحملون ضغط الكبير في العمل، ووصف العمل الليلي بأنه يتميز بالانضباط نجد فقط أفراد المصلحة أما النهار فوضى كبيرة.

- ومنهم من برر انه يدرس في النهار لهذا اختار الليل.

- زيادة المهام بالنسبة للتوقيت النهاري وهو الاستشفاء.

- لقلة العمل فيها وعدم وجود ضغط فكل المهام اغلبها تتم في النهار مثل تغيير ضمادات ومراقبة الجرح أما في الليل فيبقى الممرض فقط لرقابة أو تقديم دواء في الليل وما صرح به احد العاملين في القطاع الإداري وهو يعمل كسكرتير في صياغ الكلام في مقابلة حر حاول الباحث جذب بعض المعلومات أن الممرضين المناوبين في الليل لا يلتزمون بتقديم الأدوية في الوقت المحددة بل يقدمون الجرعات لكي ينتهوا باكرا ويخلدون إلى النوم ، وهذا ما يبرر قول احد المبحوثين بأنه يفضل العمل في الليل لأنني أفضل تنسيق العمل بنفسني في هدوء بدل الفوضى النهارية.

وأثناء طرح سؤال ماذا تقترح حتى تؤدي ساعات العمل النهارية والليلية بجودة كانت اغلب إجابات

المبحوثين تصب في اتجاه واحد:

- توفير مطعم وكان هذا من اقتراح الممرضين إذ أثناء تواجدي هناك وقت الزيارات ووقت الغذاء لاحظت أن هناك خصومات حول الطعام خصوصا في النهار إذ تحدث أمامي رئيس المصلحة بأنه يوجد التميز كيف لطبيب أن يأخذ وجبة غذاء بكل احترام أما نحن الشبه طبيون فيقولون لنا ليس لكم الحق كيف نعمل ونحن محرومون حتى من ابسط الحقوق.

- تقليل ساعات المناوبة والخروج على الواحدة بدلا مساء من الساعة الخامسة أو الرابعة مساء.

- زيادة أعضاء الفريق خصوصا في المناوبات الليلية وكذلك توفير الأمن الشبه منعدم في الليل والرقابة أيضا.
- وأكبر مشكل مطروح هو نقص الوسائل الضرورية.
- وضع محفزات مادية خصوصا للذين يقومون بالعمل الليلي.
- تم التأكيد على انه يجب مناوبة كل الفئات وليس أن تكون المناوبات حkra على بفتة معينة وإعفاء على فئة أخرى، إذ صرح معظم الأطباء المقيمون أنهم يجدون أنفسهم لوحدهم وفي أوقات حرجة لا يعرفون التدخل الصحيح من عدمه فيضطرون لانتظار المختص الذي قد يكون موجود في الوقت ذلك أو يستدعونه عبر الهاتف، وهذا ما قد يعرض حياة المريض للخطر.

وبالتالي فان النظام الوقتي المحبب والأمتل لدى ممارسي الصحة حسب تصريحاتهم هو الوقت النهاري، الذي وصف بأنه مرن ومكيف للمصلحة واحتياجاتها ومناسب أيضا لاحتياجاتهم سواء شخصية أو العملية، وهنا يكون ممارس الصحة مبادر حتى للعمل لساعات إضافية مع السماح لهم بالمقابل بالاستراحة ليتمكنوا من العمل ومواجهة الضغوطات.

إن ظروف العمل في المستشفى تتميز بالتوتر وبنمط وظيفي جد حساس فأى خلل أو تأخر أو إهمال وظيفي من شأنه أن يؤدي إلى خسارة روح إنسانية، وبهذا فسمت هذه الوظيفة تستدعي الحذر واليقظة بالإضافة إلى الضمير المهني الحي لهذا فان شغور المنصب الطبي يستدعي أداء قسم بان يؤدي كل فاعل عمله بكل أمانة وجهد.

وبذلك فان خصائص و طبيعة العمل في المستشفى متعبة وذلك ناتج عن كثرة المرضى المتواجدين في بعض المصالح، وهذا ما لحضناه أثناء تواجدها في مؤسسة الاستشفائية خصوصا في مصلحة الأمراض الباطنية نساء حيث المريض قد يرقد في المصلحة لأيام أو عدة شهور وهو يحتاج إلى عناية مستمرة ، وكذلك في مصلحة الجراحة فطبيعة العمل فيها تكون جد حساسة لان المريض يحتاج لعناية فائقة، أما مصلحة الاستجالات فتعتبر مصلحة ذات توتر شديد وضغط كبير وتخضع لضغوطات وظروف عمل معيقة منها ما يتعلق بالمواد ومنها بنقص الكوادر خاصة الطبية المتخصصة ومنها ما هو متعلق بالأمن، وكل هذه الظروف تؤدي إلى تعب فيزيقي و مع مرور الوقت ينجم عنها تعب ذهني ناتج عن تضافر مجموعة من العوامل، منها ما يندرج ضمن التعب الفيزيقي ومنها ما يندرج ضمن الضرر و الأسباب الشخصية التي يكون من ضمنها الزواج أو بعد مسافة العمل، فنلاحظ

من البيانات الشخصية أن اغلب أفراد العينة متزوجون أي لهم التزامات عائلية، مما قد يؤثر على مردود الفاعلين، وبذلك فظروف العمل لها تأثير على مستويين هما المستوى العلاجي والمستوى النفسي .

هذا ما تطرقنا إليه من خلال معرفة المنعكس السلوكي الوظيفي الذي يلجأ إليه ممارسي الصحة عند تعرضهم لضغط العمل الناجم عن العديد من المسببات منها ما هو تقني وظيفي ومنها ما هو سلوكي معاملاتي ، فقد يؤدي بهم هذا التأثير إلى ردود أفعال تتدرج ضمن النطاق الغير الرسمي فيبدأ ممارس الصحة إما بتهرب من العمل عن طريق التمارض أو التغيب أو التهرب، و بطريقة رسمية بأخذ عطلة دون اجر أو تغيير المصلحة نهائيا ، ومنهم من له قوة الصبر فيؤدي عمله حتى ولو كان ذلك فوق طاقته ، وقد تبين وجود اختلافات في ردود الأفعال مختلفة بين السلكين وكان أبرزها حب المهنة بالدرجة الأولى وتقديم أقصى ما لدى ممارس الصحة حتى ولو كان على حسابه مقابل تقديم الواجب المهني، حيث نلاحظ أن فئة الأطباء جاء حبهم لمهنتهم اسبق من واجبهم على عكس الشبه الطبيين، فقد كان الواجب اسبق من حب المهنة وهذا لضغوطات والتي تمس هذه الفئة، لتختلف مجددا في الاحتمالين الأخيرين وهما التمارض وتغيير المصلحة، فالتمارض يضر بالأطباء المتربصين أما الاطباء الجراحين والمختصين فهم نسبيا غير معنيون بالمبررات ويسيروا أكثر ما يتم تسيرهم، وفي ما يخص انعدام احتمال تغيير المصلحة للأطباء فهذا راجع للخصائص البنائية والوظيفية التي قسم على إثرها المصالح والتي هي خاضعة لتخصص، لهذا لا يستطيع الأطباء في كثير من الأحيان تغيير مصلحتهم على غرار السلك الشبه الطبي فعملهم لا يرتبط بتخصص المصلحة فهم موجهون ومنفذون لتعليمات فقط ، وفي الأخير نستنتج أن ممارسي الصحة جاءت إجاباتهم من المحاولة إلى تقديم خدمات جيدة والالتزام بالواجب المهني، لتنتقل إلى التغيب بعدما ينهكها التعب الفيزيقي إلى تعب ذهني محاولة لاستيعاب نفسها، ثم تنتقل إلى عطلة دون اجر وإذا لم يتحسن الحال تلجأ إلى تغيير المصلحة، وإذا لم يتحسن الحال فان الحل الوحيد هو التمارض كممارسة لتهرب من التوتر والقلق ، ومن خلال إجراء المقابلات مع كل من الأساتذة رؤساء الأقسام والمراقبين الطبيين والمرضى تم التصريح بان الظروف التي يعيشها المستشفى تتميز بنقص كبير في المواد المادية والموارد البشرية، وكل هذه الظروف في كثير من الأحيان تصبح معوقات وظيفية تحول دون تقديم نوعية جيدة للخدمات ومردود علاجي مرضي لكلى الطرفين ممارس صحة أو مستقبل للخدمة، وهي أيضا تؤثر على ردود أفعالهم سواء بالإيجاب أو السلب ، وصرحوا كذلك بان المستلزمات والتجهيزات هي المؤثر الأكبر في جودة الخدمة، فكيف تكون الجودة مع انعدام متطلباتها سواء المادية أو البشرية وكيف يكون الالتزام والمطالبة بالنوعية والمعاملة الجيدة وعدم التغيب والتهرب

وكل المتطلبات محدودة، وتسير المؤسسة الصحية غير منطقي إذ تعتبر في تسييرها كأنها مؤسسة اقتصادية ويطلب منك أن تستغل ما هو موجود فقط ، وهنا نقف عاجزا فتضطر لتهرب خوفا من اللوم وعدم النجاح.

من خلال النتائج المتوصل اليها في هذه الفرضية ووفقا لمؤشراتها توصلنا الى ان الهيكل التنظيمي السائد في المستشفى اكثر تعقيدا واقل وضوح، وهذا راجع الى طبيعة وعدد الوظائف التي يمارسها المستشفى منها ما هو علاجي ومنها ما هو تعليمي، وكل هذه الخصائص اثرت على نظرت الفاعلين الاجتماعيين في تقسيم العمل وطريقة العمل والعدالة في كل من التقسيم ، فكانت إجابات المبحوثين منقسمة الى منظوريين المنظور الأول يختلف على الثاني باعتبار الأول مالك لسلطة والثاني منفذ، فالأول هو المنظم للعمل خصوصا فئة الاطباء الجراحيين بينما الثاني هو المنظم الأطباء مقيمين عامون وداخليين و الممرضين، وكانت تصريحاتهم تتسم بعدم وجود عدالة، اذ ان الفئة الأولى لها نسبي نوع من الحرية اما الثانية فلا تمتلك بحجة الأول لها خبرة فنية والبقية باحثة عن الخبرة او انها في اسفل الهرم والأخرى في الأعلى ، اما من حيث تقسيم العمل وجودة الأداء فكما هو معروف ان العمل يتم على مناوبتين ليلية نهارية، اختلف فيها المصرحين بين المؤيد والمعارض لأيهما اجود، وقد صرح الأغلبية بان المناوبات النهارية هي الاجود بناء على مجموعة من الأسباب منها ما يتعلق بالنقص الكوادر او غيابها ومنها ما يتعلق بالسرعة ومنها ما يتعلق بالمعاملات، كل هذه العوامل صنفها المبحوثين الى انها معيقات لا وظيفية تؤثر على جودة الخدمات الصحية، وبالتالي نتوصل الى تحقق الفرضية القائلة بأن تقسيم العمل وفق معايير موضوعية يفعل على نحو امثل أداء الموارد البشرية وينميها في المؤسسة.

### 3\_ الفرضية الجزئية الثالثة:

إن تفعيل الاتصال في المؤسسة يساعد العاملين على التكفل بشكل أحسن بالخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (وقت وصول المعلومة ودقتها، الوسيلة الاتصالية المتبعة، طبيعة العلاقة بين الممارسين لصحة)، ومن هذا المنطلق وبعد التمعن في جملة الجداول التي تم تحليلها في ضوء هذه الفرضية توصلنا الى جملة من النتائج جاءت كالآتي:

#### أ- وقت وصول المعلومة ودقتها:

من خلال التطرق الى تموقع المبحوثين ضمن النظام المعلوماتي هل هو جزء من مصادر المعلومة أم أنهم خارج نظام المعلوماتي، ونقصد بالمعلومة هنا المعلومة الطبية المعالجة التي تحتاج للكفاءة المصدرية والفعالية لكي تؤدي إلى كفاءة عملية، ومن خلال تصريحات المبحوثين نلاحظ وجود

فئتين، فئة صرح أغلبها بأنهم مصدر للمعلومة في المؤسسة الاستشفائية وهم الأطباء الجراحين والأطباء المختصين، أما باقي الفئات فقد صرحت بأنها خارج عن نطاق نظام المعلومات (فئة الاطباء المقيمين، والعامون ، و داخليون ، وفئة الممرضين ) و ما يبرر هذه النتائج هي الرتبة المهنية إذ كلما صعدنا إلى أعلى السلم الهرمي زادة الكفاءة والخبرة والمعرفة الفنية وكلما نزلنا إلى الأسفل قلت.

هذا لا يلغي طبيعة النظام الاستشفائي الذي تنتقل فيه المعلومة بين الأنساق العمودية والافقية<sup>1</sup>، و من خلال إجابات المبحوثين نلاحظ أن ترتيب مصدر المعلومة احتل السلك الطبي المرتبة الأولى بحكم انه يملك المعرفة الفنية، ليحتل السلك الشبه الطبي الرتبة الثانية بحكم أنهم منفذين وعلى اتصال مباشر بالمريض، ليأتي بعدها الأستاذ رئيس المصلحة ورئيس المصلحة في نفس الترتيب على اعتبارهم مسئولين إداريين من الدرجة الأولى وليس مهنيين، ليأتي طبيب أستاذ محاضر الذي تقتصر معلوماته في الغالب الى معلومات تعليمية للمتريصين سواء للأطباء المقيمين او الداخليين، وبالتالي فالنظام المعلوماتي للمعالجة في مؤسسة الاستشفائية لا يخضع لترتيب السلطوي بل يخضع لترتيب المعرفي المهني و يأتي في كلا النسقين العمودي سواء الصاعد أو النازل و من النسق الأفقي، لان العملية العلاجية هي عملية وظيفية ديناميكية تكاملية تحتاج لتكامل كل أنساق المؤسسة الاستشفائية .

بهذا نجد أن نظام المعلومات للمستشفى يختلف اختلافا جوهريا عن التصميمات الخاصة بالمؤسسات الأخرى التي عادة ما تؤسس على علاقة فريدة ومميزة بين السلطة الرسمية المستمدة من المركز والتمثلة في الهرم الإداري و سلطة المعرفة من جهة أخرى ، مما يخلق هيكل غير عادي تنتقل المعلومة في ضمنه وتنبثق من أكثر من مسئول، وهذا ما قد يؤدي إلى نوع من التضارب والتعارض الراجع للخصوصية التي يتمتع بها المركز الاستشفائي الجامعي والعناصر المختلفة التي تكون تركيبته البشرية، وتعدد المهام التي أسندت له تجعل من عمليه الاتصال احد الركائز الأساسية والهامة في عملية التسيير والتنظيم وعملية صنع واتخاذ القرارات، وعلى هذا الأساس فان توفير جميع قنوات الممكنة التي

<sup>1</sup> و نعني بالأنساق العمودية الفئات الرأسية التي تكون ضمن نطاق تراتبي عمودي والتي تكون كالأتي مدرء الأقسام والشعب والأطباء والمشرفين الصحيين والممرضين حيث أن المركز العالي أو المركز القيادي هو الذي يحكم ويسيطر على المركز الوسطي والمركز الأخير هو الذي يحكم ويسيطر على المركز القاعدي، وهنا يكون إيصال المعلومات بين ممارسي الصحة يحتلان مراكز متباينة من حيث السلم الهرمي أي احدهما يحتل موقعا وظيفيا اعلي من موقع الطرف الثاني ، أما نطاق النظام المعلوماتي بين الأنساق الأفقية في المستشفى فهي تضم طرفين بندرجان ضمن نفس المكانة والرتبة .



تسهل من عملية الاتصال أمراً ضرورياً ، فلا يمكن استعمال قناة واحدة لأنها غير كافية للعملية الاتصالية وبالتالي فيجب الاعتماد على التنازلية والتصاعدية والأفقية والجانبية وهذه كلها كفيلة بتأمين العملية الاتصالية .

الاتصال في المؤسسة الاستشفائية عملية تنظيمية ديناميكية مستمرة يستخدمها الفاعلون لتنظيم عملهم بين المرسل والمستقبل تربط أجزاء التنظيم بعضها البعض، تتناسب في المؤسسة من خلال رسائل قد تكون كتابية أو شفوية، هدفها إيصال السياسات العامة للمؤسسة وتوجيهات العمل والخطط تتناسب من الإدارة العليا إلى مديرية النشاطات الطبية وشبه طبية ، ثم إلى رؤساء الأقسام والمصالح ثم ممارسي الصحة، كما تتناسب الاتصالات في خط عكسي من أسفل لأعلى كما تم التوصل إليه على شكل قرارات إدارية ، أما فيما يخص الاتصالات فلقد توصلنا الى انه كلما ارتفعنا في السلم الهرمي ساد الاتصال الكتابي وكلما نزلنا إلى أسفل الهرم السلطوي ساعد الاتصال الشفوي، فالتعليمات الشفوية تكون في الغالب في شكل أوامر من الرؤساء أي من مالكي السلطة إلى التابعين لها، أما التعليمات والمعلومات الكتابية فتكون في الأعلى و يتميز بها الأطباء بصفة عامة لان التسجيل يعتبر من وسائل الاتصال التي تحفظ سجلات والملفات والتي تتميز بإمكانية الرجوع إليها لمتابعة تقدم حالة المريض وتطورها، مع اعتبارها اتصال رسمي يحمي الأطباء في حالة حدوث أي خلل أو خطأ طبي من طرف آخر لان العملية العلاجية عملية تكاملية مع فاعلين عدة ( أطباء ممرضين) ومصالح عدة (تحاليل الدم ، مخبر الأشعة ....)

#### ب-الوسيلة الاتصالية المتبعة:

إن فعالية الاتصال تبدأ من المنبع الذي يولد أو يوجد المادة الاتصالية والتي تفرض نفسها للقيام بالمعالجة والتركيز و الإرسال إلى المستقبل من خلال قناة أو قنوات اتصالية ليعود أثرها مرة ثانية في الاتجاه المعاكس فيما يسمى بالتغذية العكسية ، وهكذا تتواصل العملية وتستمر في صورة أفعال اتصالية في اتجاهات مضادة، و من خلال إجابات المبحوثين حول رسالة الاتصال صرح اغلبهم بأنها واضحة ودقيقة و لا تحتاج إلى شرح ، وهذا ما يدل على أن المرسل يتصف بصدق فيما يقول و ما ينقله من رسائل غير متحيزا وانه موضوع ثقة عند المستقبل لان هذه الثقة هي الأساس الذي يبني عليها المستقبل تصديق الرسالة هذا فيما يخص المرسل ، أما الرسالة فيجب أن تكون واضحة ودقيقة من حيث المضمون أما من حيث الإرسال فيجب أن تنتقل من المرسل إلى المستقبل في وقتها.

إن مدى سرعة أو بطئ المعلومات قد يعود إلى الوسيلة المستخدمة ، فعند مقارنة التليفزيون بالخطاب يتبين الأولى أسرع من الثانية وهناك بعد آخر للسرعة وهو وصول المعلومات في الوقت

المناسب حيث تفتقد المعلومات قيمتها إن لم تنتقل أو تصل في وقت اتخاذ القرار أو التصرف، وهذا ما قد ينعكس على جودة الأداء من خلال التأخر في إيصال الخدمة وذلك لعدم ارتداد المعلومات إلى أطراف ممارسي الصحة في الوقت المناسب وقد صرح اغلب المبحوثين ان مرسل الرسالة يرسلها في وقتها بين ممارسي الصحة السلك الطبي والسلك الشبه طبي، اما بينهم وبين المسؤولين فقد صرح السلك الشبه الطبي بنسبة متساوية بين احتمالي تصل في وقتها ومتأخرة وذلك لوجود رتبة سلطوية مسؤولة عليهم قبل رئيس المصلحة وهو الأستاذ رئيس المصلحة.

اما فيما يخص الإشاعات فهي نوع من أنواع الاتصال وفيها يتم تداول الأخبار بين العاملين والموظفين بطريقة غير رسمية، ومن أهم ميزتها أنها سريعة التداول والانتشار فما دامت مرنة وشخصية فإنها تنتشر بطريقة أسرع من أية وسيلة اتصالية أخرى تستخدمها الإدارة ، إن أساليب الإدارة المعروفة غالبا ما تعجز عن إيصال المعلومات بينما تتجح الإشاعة وهي اشد تأثير على العاملين لأنها تقوم بتوصيل معلومات خاطئة في الغالب، و تشير البيانات المتوصل اليها ان كل الاطباء الجراحين صرحوا بعدم وجود اشاعات، اما باقي الفئات صرحوا بوجودها بنسب معتبرة ، في حين أن النسبة الأكبر من إجابات المبحوثين من فئة الممرضين يجيبون بنعم ويقررون بوجود إشاعات في مصالحهم وذلك بنسبة 73% ، وقد يعزو هذا الاختلاف في إجابات كل من الاسلاك الطبية والشبه الطبية كون الممرضين هم الفئة الأكثر عددا في المستشفى، وأيضا هم الفئة التي هي اكثر تعامل مع كل الفاعلين الاجتماعيين خاصة مع المرضى، وبالتالي هم عرضة لسماع العديد من الأخبار سواء كانت صحيحة أو مجرد إشاعات ، أما عن الأطباء وبالخصوص الأطباء الجراحين والمختصين فمعظم الأوقات يتواجدون في مكاتبهم وبالتالي لا يتعاملون مع كل الفئات التي تتوافد داخل المستشفى ولا يتجولون كثيرا داخل أرجاء المستشفى وبالتالي لا يتعرضون للإشاعات ولا يسمعون بها.

وفيما يخص أسباب ظهور الاشاعات فيوجد اختلاف في ترتيبها بين السلكين فقد رتب المبحوثين من السلك الطبي الأسباب كالآتي: تعدد مصادر المعلومة ( 43%) ، ثم عدم وصول المعلومة ( 24%) في وقتها، ثم سوء العلاقة في المصلحة ( 19%)، ثم احتكار المعلومة ( 10%)، واحتلت المرتبة الأولى تعدد مصادر المعلومة على اعتبار أن أساس الاتصال بين الاسلاك الطبية هو المعلومات العلاجية.

أما ترتيب الأسباب لسلك الشبه الطبي فقد تم ترتيب الأسباب كالآتي: سوء العلاقة في المصلحة ( 38%)، تعدد مصادر المعلومة ( 35%)، ثم عدم وصول المعلومة في وقتها ( 15%)، ثم احتكار

المعلومة ( 8%)، واحتلت المرتبة الأولى سوء العلاقة داخل المصلحة على اعتبار أن السلك الشبه الطبي وذلك كون الممرضين هم الفئة الأكثر عددا في المستشفى، وأيضا هم الفئة التي تتعامل ولديها علاقات كثيرة ومع أطراف عديدة خاصة مع المرضى وبالتالي هم عرضة للكثير من المشاكل مع كل الأطراف الفاعلة في المستشفى، بالإضافة إلى كبر حجم المستشفى كونه مستشفى جامعي، وأيضا وجود العديد من المصالح مما يصعب من التحكم في العملية الاتصالية بجميع أنواعها وشبكاتها المختلفة سواء الصاعدة أو النازلة أو في نفس المستوى.

ما يهمنا هنا تأثير الشائعات على جودة الخدمات الصحية حيث وجد إختلاف في إجابات المبحوثين بين الاسلاك الطبية والشبه الطبية، حيث نجد أن الفئة الأخيرة تجيب بنعم وتقر بأن الإشاعات تؤثر على جودة الخدمات الصحية التي يقدمونها للمرضى وذلك بنسبة 57% مقابل 43% أجابوا بلا ، في حين نجد إجابات السلك الطبي قد انقسمت الى فريقين فريق يقر بأن الإشاعات لا تؤثر على جودة الخدمات التي يقدمونها للمرضى، وهم فئة الأطباء المختصين بنسبة قدرت ب75% وفئة الاطباء العامون و قدرت ب 100 % باعتبارهم فئة مرسمه محددة المهام، ويعود ذلك أيضا إلى كون الفئة الأولى الأطباء المختصين ذات مستوى عالي في التكوين وأيضا كونها فئة تقترب من مصدر القيادة ومن مصدر المعلومة وبالتالي لا تتأثر بالشائعات باعتبار أنها فئة تكون على دراية تامة بأهم القضايا داخل المستشفى، في حين فئة الأطباء المقيمين بنسبة قدرت ب 50% ، والأطباء الداخليين بنسبة 80 % اقروا بان الإشاعات تؤثر على جودة خدماتهم وذلك لأنهم فئة متربصة غير محددة المهام ، في حين أن فئة الممرضين صرحوا بنسبة 57% بتأثير الإشاعات على جودة الخدمة المقدمة للمرضى ، ويرجع هذا لكون فئة الممرضين هي الفئة الأكثر عددا في المستشفى وهي أيضا الفئة الأكثر عرضة للإشاعة وأكثر تأثرا وهذا حسب إجاباتهم ، وتختلف تأثيرات الإشاعات بين ممارسي الصحة فقد تؤدي إلى عدم أداء العمل في الوقت المناسب أو عدم أدائه بكيفية مناسبة أو الى فوضى في العمل وقلق وإرباك ، وتشير إجابات المبحوثين المقيمين بوجود تلك الإشاعات الى ما يلي:

فئة الاطباء المختصين تشير إلى أنها تسبب قلق وإرباك بنسبة 50% ، وبنفس النسبة صرحت بأنها تؤدي إلى فوضى في العمل ولم تصرح باحتمالي عدم الأداء العمل في الوقت المناسب أو بطريقة المناسبة لأنها مصدر المعلومة وصاحبة القرار وتتخذ القرارات في الوقت المناسب ولا تحتاج إلى فئة أخرى، على غرار فئة المقيمين الذي يعتبرون منفذين وتابعين للأطباء المختصين والجراحين فقد صرحوا أن الإشاعات تؤدي إلى عدم أداء العمل في الوقت المناسب بنسبة 50% وعدم أداء العمل بكيفية المناسبة

بنسبة 50% ، ونجد كذلك ان فئة الاطباء الداخليين صرحوا بدرجة الأولى أنها تؤدي قلق وإرباك بنسبة 38% ثم فوضى في العمل وعدم أداء المهام بالكيفية المناسبة مثلها هذان الاختيارين نفس النسبة والتي قدرت ب23% ،لنأتي في الأخير احتمال عدم أداء العمل في الوقت المناسب بنسبة 15% واحتل هذا الاحتمال المرتبة الأخيرة لان هذه الفئة متربصة تتعلم و لا يوجه لها الكثير من المهام لأنها فئة غير مؤهلة عكس المقيمين، أما فئة الممرضين فقد صرحت بان الإشاعات تؤدي إلى قلق وإرباك بنسبة 46% ثم فوضى في العمل بنسبة 48% ، ليأتي بعدها احتمال فوضى في العمل بنسبة 50% ،وفي الأخير يأتي احتمال عدم أداء العمل بالكيفية المناسبة بنسبة 4% ،أي أن الإشاعات تؤثر على نفسية الممرضين ثم على أدائهم .

من مجمل الإجابات نرى أن ترتيب الاحتمالات حسب كل المبحوثين كان كالآتي: القلق والإرباك داخل العمل وذلك بنسبة 42% من إجابات المبحوثين ، ونسبة 40% منهم يجيبون بأنها تحدث فوضى في العمل خاصة وأنها تحمل معها رسائل مغلوبة تحدث تضاربا في صحة المعلومة ، وبقية المبحوثين يجيبون بأنها تؤدي إلى عدم أداء العمل بكيفية مناسبة وأيضا عدم أدائه في الوقت المناسب لكنها بنسب ضعيفة 12% و 7% ، وهذا ما برز في تحليلات السابقة حيث أقر جل المبحوثين بأنهم يؤدون أعمالهم وعلى أكمل وجه وفي أوقاتها لأن الأمر يتعلق هما بمسألة حياة البشر.

توضح هي النتائج ذلك الأثر السلبي الذي يتركه انتشار الشائعات في العمل داخل المؤسسة الصحية محل الدراسة ، خاصة وأن الأخيرة تعد من أخطر الظواهر التنظيمية على بناء المؤسسة ففقدانها للمصداقية الواقعية يؤدي إلى قرارات خاطئة تصيب المقدرات الفردية والجماعية وتعطل آلية اتخاذ القرار السليم ، وفي هذا الشأن يقول جوردن ألبرت و ليوبستمان " إن الإشاعات تكاد تكون وراء الحركات الغير العادية ومظاهر العنف نتيجة لنقص المعلومات والناس في غمرة هذه الأحداث يحاولون معرفة الحقائق ويترتب على نقص المعلومة أن يتخذوا من الإشاعة حقائق ويتعاملون معها على هذا الأساس" ومن هذا المنطلق فإن الإشاعة التي حلت محل الحقيقة تؤدي إلى نتائج سلبية.

### ث- طبيعة العلاقة بين ممارسي الصحة:

تطرقنا الى الاتصال الصحي لمعرفة طبيعة العلاقات الذاتية والتي تختلف في الوظيفة الواحدة وبين الوظيفتين الطبية والشبه الطبية ، و من خلال إجابات المبحوثين توصلنا الى ان العلاقات الذاتية التي تربط المهنيين فيما بينهم تعتبر جيدة أو مرضية وذلك لتعايشهم مع بعضهم البعض للأوضاع والمشاكل اليومية فيحاولون تجاوزها أو حلها مع بعضهم البعض من اجل الاستمرارية والديمومة ،أما العلاقات مع

الأستاذ رئيس المصلحة فهي تنتم بالجودة من طرف السلك الطبي لأنه المسئول المباشر لهم والمعني بتسييرهم، بينما الشبه طبيين تنتم بنسبية وهذا ما أكده الأساتذة رؤساء الأقسام أثناء إجراء المقابلة، وأنه لا يستقبل الممرضين بل يصرفهم مباشرة إلى رئيس المصلحة وهذا ما لم يحبذه الممرضين وصرحوا به في مقابلة الجماعية، التي أجريت عند ملاحظة وجود نزاع مع رئيس المصلحة الذي عبر وان علاقتهم معه جد سيئة وان الأستاذ لا يستمع إليهم، في حين نجد ان فئة منهم تهربت عن الإجابة عن طبيعة علاقتهم وكانت نسبتهم معتبرة قدرت ب 16% وهذا ان دل على شئ فيدل انهم محتارون في تصنيفها بين مرضي والسي.

في حين العلاقة مع المريض تعتمد على عدة عوامل منها النفسية للمريض وكذلك الجانب القيمي لممارسي الصحة، وان هذه العلاقة تآثر على نفسية المريض وبتالي على صحته، حيث برر الأطباء انه في بعض الأحيان لا يتفهم المريض الوضع وبتالي يتهم الأطباء بالإهمال أو عدم أدائه لمهامه، فمثلا عندما يقوم الطبيب بطلب فحص الدمع او الاشعة و يطلب منه أن يجريه خارج المستشفى لعدم تواجده لا يتقبلون ذلك ويتهمونهم بالمحاباة، أو عند طلب الطبيب منهم شراء دواء غير متوفر في المستشفى يتهمونهم بسرقة الأدوية لأنه مستشفى عمومي و لا توجد رقابة كافية فيه ، وقد صرح في هذا الخصوص اغلب الرؤساء أن هناك نقص فادح في الأدوية، وفي هذا سياق صرح احد رؤساء الأقسام انه يخبئ الدواء في مكتبه وعند سؤاله لماذا برره بنقص وللمحافظة عليه ولمح أن هناك سرقات لبعض الأدوية، وصرح كذلك احد رؤساء المصالح أن المرضى لا يلتزمون بالمواعيد وبعضهم يأتي قبله او بعده مما يعيق اداء المهام وفي حالة عدم تقديم الخدمة يدخل ممارسو الصحة في نزاع مع المريض بحجة ان المستشفى ملك لدولة ، وفي بعض الأوقات يكون عدد الأسرة محجوز وبهذا لا يستطيعون استقبال المريض فلا يتفهم هذا ويعتبره مسألة شخصية وان كل شيء يتم بالمحسوبية.

يعتبر الاتصال كما تطرقنا عملية تنظيمية ديناميكية متصلة يؤثر كل عنصر فيها في العناصر الأخرى ويتأثر بها، يستخدمها ممارسي الصحة لتنظيم عملهم ولتوفير المعلومات الكاملة عن العلاج وتبادل المعلومات بينهم في مختلف الاتجاهات النازلة والصاعدة والأفقية كما تم توضيحه وتختلف أشكالها بين النسق الرسمي والغير رسمي.

لا يوجد خلاف حول أهمية الاتصال الجيد بين مختلف الباحثين لان من طبيعة الاتصال الفعال انه يساعد على تنمية العلاقات الاجتماعية وروح التعاون وروح الجماعة كما يحسس الفاعلين بأهميتهم ودورهم في إنجاح كافة الأهداف التي قامت المؤسسة من اجلها، لان تجاهل العامل الإنساني في

المؤسسة من شأنه أن يؤدي إلى الإحساس بالاستياء والإحباط من قبلهم مما ينعكس على الجودة في الأداء، لذلك اعتبرت الاتصالات الفعالة والجيدة حياة المؤسسة، وأي صعوبة مهما كان نوعها تؤدي إلى خلل وظيفي أو تصحيح معيق وظيفي يؤثر على سمة الخدمة المقدمة، ولقد صرح المبحوثين في بند وجود صعوبات في العملية الاتصالية بين ممارسي الصحة بين مختلف المصالح داخل المؤسسة الى التأكيد بوجودها بنسبة قدرت ب 77% من إجمالي إجابات المبحوثين بمختلف فئاتهم الطبية والشبه الطبية، عدى فئة الجراحين التي صرحت بعدم وجود صعوبات بنسبة قدرت ب 80% لاعتبار هذه الفئة تعتمد على الجراحة وهنا سيد الموقف هو الجراح هو المقرر والمحدد والمرسل في العملية الاتصالية وغير مكلف بالاتصال بمختلف المصالح كصلحة الأشعة أو مخبر الدم.

صرح مختلف المبحوثين على وجود صعوبات المصالح الأخرى خصوصا مع هاتين المصلحتين بصفة خاصة مصلحة الأشعة، وصرحوا بعدم قيامها بالواجب المهني وان علاقاتهم مع الأطباء العاملين فيها غير جيدة وسيئة، وهذا ما دفعنا إلى إجراء مقابلة معهم (أطباء مصلحة الأشعة) طرح الطبيب الأول مشكل الضغط على مصلحة الأشعة التي تعمل مع كل المصالح، بالإضافة إلى النقص العددي لهم وان آلة الأشعة دائما معطلة، وانه في بعض الأحيان المريض لا يحتاج الأشعة ويصر الطبيب على إجرائها علما أن الأشعة مضره بصحة المريض، وهذا ما يدخله في مشاكل مع الأطباء ويعتبره الطبيب المعالج تدخل في نطاق عمله ويعتبره الطبيب الأخر من ضمن نطاقه.

أثناء إجرائي لتقنية الملاحظة أثناء الدراسة الاستكشافية لاحظت عدد كبير من المرضى وفوضى عارمة ومشاكل في مصلحة الأشعة وكان المريض يوجه إلى المصحات الجوارية لإجراء الأشعة هذا ما يدخلهم في مناقشات مع المريض وإجرائها للمرضى المقيمين وبالأولوية او بالمحسوبة، لاحظت كذلك خلل في تقسيم العمل وعدم التنظيم، إذ أن المرضى في الغالب ما ينتظرون الطبيب لإجراء الفحص فينزل الممرضين المرضى إلى مصلحة الأشعة وينتظر المريض دوره وفي الغالب ما ينتظر مطولا ، وقد لا يجريه بسبب الضغط، أو أن الحالة ليست من ضمن اختصاصه ويجب انتظار أن يناوب الطبيب المختص ، وفي احد الأيام أثناء تواجدي في المصلحة لاحظت أيضا وجود ناقش بين الطبيب المختص والمرضى في الأشعة الذي كان يصرح بأنه يشك في وجود خلل في الأشعة المجري للمريض ويجب إعادتها غير أن الطبيب المناوب رفض ذلك لان الطبيب الذي نوب قبله هو من أجرى له الفحوصات وهو لا يتحمل المسؤولية، وتم الاتصال بالطبيب لكنه لم يرد وأغلق هاتفه ما دفع بالطبيب إلى إخلاء مسؤوليته وطلب من أهل المريض إجراء الفحوصات خارج المستشفى .

أثناء إجرائي مقابلة مع أحد رؤساء المصالح دخل احد الممرضين وسأله الرئيس هل أحضرت التحاليل فأجابه بلا فقال له الرئيس احضرها كي لا تضيع ونضطر إلى إعادتها وهذا ما أثار انتباهي فسألته هل تضيع التحاليل في المستشفى فقال بهذه الجملة "العباد وتضيع خص التحاليل متضيعش ربي يهديك"، وهذا ما يبرز نوع من اللامبالاة او عدم تنظيم العمل الجيد وهو ما يؤدي الى صعوبات ومعوقات وظيفية.

اما الصعوبات التي تواجه العملية الاتصالية داخل المصلحة فقد أبرزت البيانات أنه توجد العديد من المعوقات التي تواجه العملية الاتصالية حيث صرح المبحوثين بسبة 26% وبكل فئاتهم المهنية الطبية والشبه طبية بأن الاستخدام السلبي لوسائل الاتصال يعد أول معيق يواجه العملية الاتصالية داخل المصلحة بين الممارسين الصحيين، لثليها نسبة 24 % من المبحوثين ترى بأن نفسية المستقبل تعد معيقا ثانيا في العملية الإتصالية خاصة وأن الدراسة أجريت في مؤسسة صحية، هذه المؤسسات تتسم بتعاملها مع حالات مرضية قد تكون في العديد من المرات حالات حرجة مما يجعل نفسية الممارسين الصحيين غير مستقرة المزاج وهذا ما يؤثر فعلا على تلقي الرسالة من المرسل بطريقة جيدة ، أيضا يصرح المبحوثين بنفس النسبة 24% بأن الإشاعات تعتبر من بين معوقات العملية الاتصالية باعتبار الأخيرة تحدث تضاربا في صحة المعلومة مما يربك المتلقي و المستقبل، ويجعله ينهمك في البحث عن المعلومة الصحيحة ليتخذ القرار الصحيح، خاصة وأن الخدمة هنا تقدم للمريض وبالتالي لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يتخذ قرارا غير صائبا قد يؤدي إلى الإضرار بصحة المريض ، ومن بين المعوقات أيضا نجد لغة المستقبل وهذا ما أجاب عليه ما نسبته 19% من المبحوثين ، وكما أوردنا في تحليل بيانات السابقة توجد في المؤسسات الصحية فئات مهنية عديدة ومختلفة في المستويات وبالتالي يختلفون في اللغة التي يستخدمونها وهذا يعيق في عملية فهم الرسالة بين المرسل والمستقبل ، في حين نجد في الأخير معوقات ثقافة وقيم المريض بنسب ضعيفة قدرت ب 7% لأن اغلب الفئات الفاعلة في المؤسسة الصحية من نفس البيئة وحتى وان اختلفت البيئة فانهم يشتركون في المرتكزات الثقافية الأساسية.

اما المريض فلقد صرح ان من اهم الصعوبات التي يواجهها هي عدم وجود ممارسي الصحة في كل الأوقات وخصوصا في الليل وعدم اعطاءهم الوقت الكافي لتكلم معهم، بالإضافة الى عدم فهم لغة الطبيب في الغالب مما يضطره الطبيب الى قول دائما ان صحته لا بأس بها فقط.



ما يعزز هذه النتائج هو المتغيرات السوسيوتنظيمية التي تتميز بها المؤسسة محل الدراسة والتي يمكن حصرها فيما يلي:

- كبر حجم المؤسسة الذي يؤدي إلى تأخر العملية الإتصالية ووصول المعلومة أو الرسالة في وقتها.

- نقص الوسائل والوسائط التكنولوجية المعاصرة والتي تسهل وتسرع العملية الإتصالية.

- التغيرات الإدارية التي تحدث باستمرار للنظام الإداري في المؤسسة.

- تعدد المستويات الإدارية ووجود نوع من الازدواجية في السلطة والقيادة داخل المؤسسات

الصحية حيث نجد سلطة من جانب طبي وأخرى إداري وهذا يصعب تحديد الصلاحيات

مما يحدث نوع من التضارب وربما صراع في إتخاذ القرارات وبالتالي وجود معلومات غير

متجانسة.

- عائق اللغة المستخدمة خاصة وأن المؤسسات الصحية تحتوي على فئات مهنية عديدة

ومختلفة في المستويات مما يؤدي إلى وجود اختلافات في اللغة المستخدمة بين الممارسين

الصحيين وهذا يعتبر عائق كبير في نجاح العملية الإتصالية.

- كثرة المرضى في المستشفيات العمومية.

اما فيما يخص فكرة وجود التحوار بين ممارسي الصحة مع مرضاهم حول تطور حالاتهم الصحية

وشرحها لهم ، فإننا نجد بأن نسبة 67% من إجابات المبحوثين تجيب بنعم وتوافق على وجود ذلك

التحوار، الذي يعتبر قانونا من حق المريض ليكون على دراية تامة بحالته الصحية وتطوراتها ، باعتباره

المسئول الأول على اتخاذ القرارات من خلال الرفض والقبول لأي تدخل طبي أو شبه طبي تبعا للوضعية

أو الحالة الصحية التي يعيشها ، في حين نجد أن ما نسبته 21% من إجابات المبحوثين تجيب بلا وهم

من فئة الممرضين والأطباء الداخليين ، فئة الممرضين ليست لديهم القدرة على شرح الحالة الصحية أو

الطبية للمريض وهذا بحكم تكوينهم الذي يقتصر فقط على تنفيذ أوامر الطبيب من خلال إعطاء الأدوية

للمرضى أو بعض التدخلات الشبه طبية الأخرى وبالتالي فهم غير مسئولون وليست لديهم القدرة على

البحث في الحالة الصحية للمريض فهي من تخصص الأطباء ،أيضا فئة الأطباء الداخليين ليست لديهم

الإمكانية في التحوار مع المرضى حول حالتهم الصحية باعتبارهم أيضا في فترة تربية وتكوين وهذا ما

يمنعهم من الشرح المفصل للحالة الصحية للمريض.



أما فيما يخص اللغة التي يتحاور بها ممارسي الصحة بجميع فئاتهم مع المرضى يتضح من خلال المعطيات الكمية المتحصل عليها ، بأن ما نسبته 51% من المبحوثين يقرون باستخدامهم للغة العربية أثناء التواصل مع مرضاهم، ويعود ذلك الى كوننا مجتمع عربي وأن جل فئات المجتمع لا تتقن اللغات الأجنبية الأخرى بدقة مما يجعل ممارسي الصحة يستخدمون اللغة العربية لتسهيل عملية الفهم والتواصل مع مرضاهم ، ويتضح من النتائج المتوصل اليها أيضا أن نسبة 22% من المبحوثين يقرون باستخدامهم للغتين العربية والفرنسية معا أثناء تواصلهم مع مرضاهم خاصة وان هناك فئة كبيرة من المجتمع الجزائري تستخدم في تواصلها الدمج بين اللغتين ، ويتضح أيضا أن الأغلبية الذين يستخدمون هذا الدمج في اللغتين هم من فئة الجراحين والمختصين والمقيمين بنسبة 100% و 67% و 25% على التوالي ، و يرجع ذلك لكون هاته الفئات تلقوا تكوينات عالية في المجال الطبي خاصة باللغة الفرنسية مما يجعلهم يتحاورون ويتواصلون مع مرضاهم بهذه اللغة وإدخال اللغة العربية في نفس الوقت للشرح والتوضيح أكثر حتى يفهم المريض بدقة.

في هذا الخصوص صرح معظم المرضى انه اثناء اقامتهم بالمستشفى لا يتم التحاور معهم حول حالتهم الصحية واشراكهم في اتخاذ القرارات بل يتلقون الأوامر والمعلومات فقط، ونتيجة لذلك من الممكن اعتبار مريض المستشفى متلقيا سلبيًا للرعاية الطبية، والمريض اذا كان مثاليا فيجب عليه الا يشكو كثيرا وان يبدي قدرا كبيرا من التعاون وكثيرا ما ينظر العاملون بالمستشفى الى المرضى باعتبارهم أهدافا، ولعل هذه النظرة مرجعها ان المرضى يعتمدون عليهم كثيرا ، اما من الناحية الاجتماعية والبيولوجية فان المريض يعتبر حالة ولذلك يميل المرضى الى القيام بدور الأهداف، أي انهم يميلون الى الخضوع لكافة الإجراءات الطبية ولكن هذا ليس هو الحال دائما.

يقرر الطبيب بمفرده او صحبة مجموعة من الأطباء في جلسات عمل مغلقة ( Staff ) مصير المريض دون علم منه ، لقد تعلم المرضى المترددون على المستشفيات العمومية مصطلح ( Staff ) الذي يمثل موعد اللحظة الحاسمة التي يحدد فيها الطبيب او فريق الأطباء الطرق المناسبة للعلاج بمعزل عن المريض ، يكون المريض في تلك اللحظات في وضع انتظار وترقب وعند اتخاذ القرار يمنع المريض من ابداء الرأي او التعقيب على ما يصدر في حقه ، في هذا الوضع ينتقى دور المريض امام دور الطبيب الذي يمارس وصايته على المريض مع استعداده لتحمل مسؤولية قراراته.

اما فيما يخص تقييم المبحوثين من السلك الطبي لادائهم صرحت باحتمالين ونفت احتمالين، الاحتمالين المصرح بهما هو متوسط بنسبة 49% ثم احتمال جيد بنسبة 51% لتتعدم في احتمال جيد جدا واحتمال ضعيف ، أما السلك الشبه الطبي فنجد انه صرح بثلاث احتمالات وكانت كالآتي: الاحتمال الأول متوسط بنسبة 18% أما الاحتمال الثاني فكان بنسبة 27% وهو احتمال جيد جدا الذي انعدم عند السلك الطبي وذلك لاختلاف منظور الجودة لكل من الفئتين ، فجودة الأداء عند الممرضين كما صرح أغلبيتهم مرهونة بالالتزام بالوقت وعدم التغيب وإعطاء المريض الدواء في الوقت أي هنا يستطيع أن يحققها لهذا نجد انه صرح باحتمال جيد جدا، أما السلك الطبي فان جودته مرهونة بشفاء المريض ومدى تمرسه و تنطوره في المجال الطبي، كما يحرص الطبيب على التميز في عمله وهذا يختلف باختلاف سنوات العمل (الاقدمية) والرتبة المهنية ،حيث نجد الطبيب في بداية مشواره يختلف في حاجياته وأهدافه عن الطبيب الذي يمتلك سنوات من الاقدمية حيث يسعى الموظف الجديد الى اشباع الحاجات المادية من اجر وعلاوات الى ضرورة اكتساب الخبرة المهنية واشباع الامن الاجتماعي ، في حين يسعى الطبيب الذي له اقدمية الى حاجيات أخرى معنوية مثل تقدير الاخرين وتحقيق الذات (وهي اعلى المراتب في سلم الحاجات عند ماسلو) والعمل على صنع مكانة وظيفية واجتماعية مميزة (اسم مهني مميز)، وهذا ينطبق بشكل كبير على فئة الجراحين والمختصين .

اما موقف المرضى من الخدمات الصحية فلقد صرح اغلبيتهم بانه متوسط من ناحية الخدمة اما من ناحية الاهتمام فأغلبهم لهم مرافقين يهتمون بهم.

اما فيما يخص بند الإستعداد لتقديم المساعدة للمرضى والاستجابة لطلباتهم، فنجد أن اغلب المبحوثين يقررون باستعدادهم لتقديم المساعدة والاستجابة لطلبات المرضى، ويرجع ذلك كما أوردنا في تحليلات السابقة إلى الوازع الديني كوننا مجتمع مسلم ينادي بمكارم الأخلاق وروح التعاون والمساعدة، هاته المكارم التي ما زالت حية في المجتمع الجزائري، أيضا قوة وعي الضمير وأخلاقيات العمل والمهنة التي يمتلكها ممارسو الصحة، والتي يتلقون تكويننا فيها أثناء التحضير لشهاداتهم.

وبالمقابل صرح اغلب المبحوثين من المرضى ان المتابعة من قبل ممارسي الصحة لحالات المرضى في ساعات بعد منتصف الليل متدنية جدا ، وقد يقوم المريض بمساعدة مريض آخر لعدم استجابة الممرض أو الطبيب المناوب لنداء وصراخ المريض ، وهذا ما يدعو ذوي بعض المرضى لإبقاء مرافق عند مريضهم دون أن يكون على دراية طبية بما قد يحتاج اليه المريض ، وبالتالي قد يقوم بإعطائه

اشياء يعتقد انها تخفف المرض ولكنها تؤدي الى انكاس حالته الصحية، وفي هذا الخصوص تم ملاحظة عدم استجابات الممرضين لنداء المريض في اغلب الحالات ومطالبتهم بالانتظار متعذرين بكثرة الانشغال، ولكن ما تم ملاحظته انه صحيح في بعض الأحيان يكون هناك انشغال ولكن في أحيان أخرى يفضل الممرض مواصلة الحديث مع زملائه كأولوية على الاستجابة الفورية لنداء المريض او احد اقاربه. في الأخير تم طرح سؤالين لممارسي الصحة هدفها تقييمي جاء السؤال الأول بغرض قياس جودة أدائهم وكانت اجابتهم كالاتي: صرح اغلب المبحوثين من سلك الطبي صرحت باحتمالين ونفت احتمالين، الاحتمالين المصرح بهما هو متوسط بنسبة 58% ثم احتمال جيد بنسبة 42% لتتقدم في احتمال جيد جدا واحتمال ضعيف، أما السلك الطبي فنجد انه صرح بثلاثة احتمالات وكانت كالاتي:

الاحتمال الأول متوسط بنسبة 55% أما الاحتمال الثاني فكان بنسبة 27% وهو احتمال جيد جدا الذي انعدم عند السلك الطبي وذلك لاختلاف منظور الجودة لكل من الفئتين ، فجودة الأداء عند الممرضين كما صرح أغلبيتهم مرهونة بالالتزام بالوقت وعدم التغيب وإعطاء المريض الدواء في الوقت أي هنا يستطيع أن يحققها لهذا نجد انه صرح باحتمال جيد جدا، أما السلك الطبي فان جودته مرهونة بشفاء المريض ومدى تمرسه و تنطوره في المجال الطبي.

والسؤال الثاني مدى ملائمة الخدمات الصحية لاحتياجات المريض وجاءت اجاباتهم كالاتي: قدرت الإجابة الإجمالية للمبحوثين الذين أجابوا بنعم بـ 56% ونسبة الذين أجابوا بلا تقدر بـ 44% وهذا يدل على وجود نوع من التوازن في إجابات المبحوثين ، ويدل أيضا على أن الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ليست ملائمة لدرجة كبيرة ، خاصة وأن الدراسة أجريت في مؤسسة صحية عمومية وأن الأخيرة تتميز بمجانبة الخدمة ومجانبة العلاج ، مما يجعل المؤسسة تستقبل أعدادا هائلة من المرضى قد تفوق طاقتها الاستيعابية وهذا مما يبدى الخدمة الصحية المقدمة .

اما موقف المرضى من الخدمات الصحية فلقد صرح اغلبهم بانه متوسط من ناحية الخدمة اما من ناحية الاهتمام فاعلمهم لهم مرافقين يهتمون بهم، و ما هو متداول لدى المرضى ان العلاج في المستشفى العام خاضع لمنظور المحسوبية ، واغلبهم يشكون خصوصا من برنامج العمليات وهذا ما يولد لهم نوعا من القلق، و ما هو ملاحظ على تصريحات المرضى وجود تباين حول الرضا عن المعاملة التي يتلقونها، اذ لا حضنا ان اغلبهم يربطون المعاملة الجيدة بشرط توفر قريب او صديق يعمل في المستشفى بينما باقي الفئات فهي لا ترى ذلك اطلاقا ، اما فيما يخص المواعيد فهي غير فعالة خاصة فيما يتعلق بالوقت الذي يحدد مسبقا للمريض او في حال اعتماد الدور فالبعض قد يأتي مبكرا ويعالج متأخر

والبعض يأتي على الوقت المحدد ولكن لا يفيد ، وهذا عائد للمؤثرات الخارجية مثل الوساطة التي تؤدي الى اختلال الدور للمرضى ، وصرحوا كذلك انهم لو كان بمقدورهم ماديا لما التجأوا الى المستشفيات العمومية والتجأوا الى المستشفيات الخاصة اين نقودك هي من تتكلم بدلا من سوء المعاملة والانتظار .

من خلال النتائج المتوصل اليها في هذه الفرضية ووفقا لمؤشراتها توصلنا الى ان النموذج التنظيمي السائد في المستشفى هو البيروقراطي وذلك على المستويين الإداري والطبي، فنوع السلطة الإدارية البيروقراطية تعتمد في تعاملها مع المصالح على اللوائح والإجراءات الرسمية حتى تضمن الشرعية وتستعمل الاتصال الرسمي كالإعلانات، وتسيير الموارد البشرية (تشغيل، تكوين، ترقية، تقدم .... الخ) بطريقة رسمية ، اما السلطة الطبية فهي بيروقراطية في اغلبية المصالح حيث تعتمد هذه المصالح على الكتابة في معظم الأحيان في تعاملها مع المصالح سواء فيما يخص العلاج او الطلبات المقدمة لإحضار أدوات العمل والموارد المختلفة وأيضا فيما يخص التعامل اليومي الذي يخص المصالح والإدارة والغيابات والحركة اليومية، اما فيما يخص التسيير اليومي فمنها من هي بيروقراطية<sup>1</sup> ومنها من هي فوضوية<sup>2</sup>، اما عن خصائص الاتصال السائد في المؤسسة من الناحية العلاجية فهو في مختلف الاتجاهات وذلك لان العملية العلاجية عملية تكاملية بين مختلف الفاعلين واي خلل او تأخر في نقل المعلومة يؤدي الى خلل و معيق وظيفي مما يؤثر على التكفل بالمرضى.

وبالتالي نتوصل الى تحقق الفرضية القائلة " إن تفعيل التواصل في المؤسسة يساعد العاملين على

التكفل بشكل أحسن بالخدمات الصحية في المؤسسة".

### النتيجة العامة:

انطلقت هذه الدراسة من فرضية رئيسية مفادها: "توجد علاقة بين توزيع السلطة و جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية"، حيث هدفنا من خلالها الى الوقوف على توزيع السلطة بين ممارسي الصحة من حيث امتلاكهم لمجموعة مؤشرات تعتبر عن نوع من السلطة منها ما هو رسمي ومنها ما هو غير رسمي، والوقوف على علاقتها بجودة الخدمات الصحية المقدمة ، وبالاستناد الى

- 1\_ القيادة البيروقراطية: القيادة بها تكون صارمة تحاول ان تمارس الضغط على المهنيين ويمارس المسؤول سلطته القانونية الشرعية ويوجد خلل فيها يخص الاتصال والعلاقات السيئة مع القياديين ولكن الصراعات بها تبدو كامنة.
- 2\_ القيادة الفوضوية: القرارات التي تأخذ غير إيجابية لا يأخذ القائد موقف ولا تحل المشاكل في هذه المصالح وان حلت المشاكل في هذه المصالح فهي تعود لتأخذ الصبغة القانونية فتحاول بذلك الرجوع الى البيروقراطية.

التحليل الوظيفي لعلاقة توزيع السلطة بجودة الخدمات الصحية وبناء على ما توصلت اليه نتائج الدراسة الميدانية على مستوى الفرضيات الفرعية للدراسة نصل الى نتيجة مفادها ، ان لتوزيع السلطة علاقة بجودة الخدمات الصحية وذلك من منطلق :

- ان مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار يعزز من قدرتهم على التأمين الفعال للخدمات الصحية في المؤسسة.
- ان تقسيم العمل وفق معايير موضوعية يفعل على نحو أمثل أداء الموارد البشرية وينميها في المؤسسة.
- ان تفعيل التواصل في المؤسسة يساعد العاملين على التكفل بشكل أحسن بالخدمات الصحية في المؤسسة.

## II. مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة:

في هذا السياق سيتم مناقشة نتائج الدراسة الحالية في ضوء ما توصلت اليه جملة الدراسات السابقة، والتي على الرغم من اختلاف الزمان والمكان الذي أجريت فيه، الا انها تلتقي مع الدراسة الحالية في بعض النتائج المتوصل اليها كما تختلف في البعض الاخر وهو ما سنتطرق لمناقشته في الجدول الموالي:

جدول رقم(61) مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة:

عنوان الدراسة	نتائج الدراسات	موقع الدراسة الحالية منها
دراسة بلوم اسمهان بعنوان: "نسق السلطة التنظيمية وعلاقته بالوظائف التنفيذية لنسق تسيير الموارد البشرية دراسة مقارنة لمؤسستين عامة وخاصة" دراسة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم علم الاجتماع التنظيم.	- عدم اتساق النسق السلطوي مع مبادئ و متطلبات المؤسسة المستقلة التي لم تسمح بتطوير وتعديل خصائص البنية وفق المعايير الموضوعية التي تتماشى ومنطق العقلانية والفعالية، فقهرية النمط السلطوي واكتسابه الطابع الشخصي، قهرية ومادية الأسس السلطوية، عدم عقلنة القرارات التنظيمية في أسسها، آلياتها ومنظوماتها المعيارية والقيمية التنظيمية وجعله يساير آليات الميزة التنافسية.	بناء على ما تقدم يمكن القول ان نتائج الدراسة الحالية في معالجتها لسلطة التنظيمية كمتغير مشترك اتفقت مع منظورها لسلطة التي لم تسمح بتطوير وتعديل خصائص البنية وفق المعايير الموضوعية التي تتماشى ومنطق العقلانية والفعالية، فقهرية النمط السلطوي واكتسابه الطابع الشخصي بقوة الشرعية او قوة الخبرة المهنية ، وعدم عقلنة القرارات التنظيمية التي تنظر للمؤسسة الاستشفائية نظرة مادية خاضعة لميزانية يجب اتباعها. _ على مستوى البنية التنظيمية فلقد اتفقت الدراسة مع الخصوصيات الثقافية المتوصل اليها حيث ان ذهنيات العمال الجزائريين واحدة، بالإضافة الى خصوصية السياق المجتمعي الاقتصادي المنعكس على تسيير داخل المؤسسة الاستشفائية الذي تنطبق عليه منطلقات تايلورية و ميلشيزية في استعماله وتصوره للعامل
عبد المالك همام: " توزيع السلطة بالمؤسسة الجامعية وعلاقتها بالاستقرار التنظيمي" دراسة ميدانية بجامعة الحاج لخضر - باتنة- مذكرة أنجزت سنة 2013-2014، لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص تنظيم وعمل	- يساهم التوازن في توزيع السلطة بالمؤسسة الجامعية في الاستقرار التنظيمي. - إن توسيع المشاركة في اتخاذ القرارات تزيد من نسبة الاستقرار التنظيمي. - كلما كان النظام تفويض السلطة مبنيا على الاحترام والثقة والانسجام والاهتمام بكل مستويات التفويض كلما زادت رغبة الاستقرار لدى الموظفين داخل المؤسسة الجامعية. - يؤدي التداخل بين مستويات السلطة في المؤسسة الجامعية إلى عدم استقرارها لأنه كلما زاد	- بناء على ما تقدم يمكن القول ان نتائج الدراسة الحالية في معالجتها لتوزيع السلطة التنظيمية كمتغير مشترك اتفقت مع نتائج هذه الدراسة لتشابه في توزيع السلطة المنبع في كلا المؤسستين الجامعية (وجود سلطة إدارية وسلطة علمية ) المستشفى الجامعي( وجود سلطة إدارية وسلطة طبية)

	<p>تداخل الصلاحيات انخفضت مستويات ولاء الموظفين داخل المؤسسة الجامعية.</p>	
<p>بناء على ما تقدم يمكن القول ان نتائج الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج هذه الدراسة بالمستشفيات العمومية ، من حيث نوعية السلطة اذ انها ليست هرمية وليست مركزية كما تم تبين في النتائج .</p>	<p>تم التوصل بان هناك اختلافا في اثر ازدواجية السلطة على أداء العاملين تبعاً لكل قطاع ، حيث أن هذه الظاهرة تبرز أكثر بالنسبة للعاملين في المستشفيات الخاصة، بسبب صغر حجم هذه الأخيرة مقارنة بنظيراتها بالمستشفيات العامة وبسبب أن الهيكل التنظيمي للمستشفيات الخاصة يتميز بأنه اقل تعقيدا منه بالنسبة للمستشفيات العامة، رغم أن السلطة ليست هرمية وليست مركزية في كلى النوعين من المستشفيات.</p>	<p>عراية الحاج: " اثر ازدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفيات دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص " أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علوم التسيير تخصص تسيير عمومي بجامعة بسكرة لسنة 2010-2011.</p>
<p>بناء على ما تقدم يمكن القول ان نتائج الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج هذه الدراسة حيث ان مصحات الاختصاص تتميز بكثرة المقيمين وطول مدة اقامتهم وفيها لا يعطي الطبيب المختص الوقت والاهتمام اللازمين للمريض ( عدم ادراك المريض لبعده الجودة من حيث المعاملات وتلقي الخدمة ).</p>	<p>إن مراجعي عيادات الاختصاص اقل رضا عن مجمل الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفيات من نزلاء المستشفيات ويعود السبب لاكتظاظ المراجعين لعيادات الاختصاص وكثرة ما يشاهده الطبيب المختص وبالتالي عدم إعطاء المريض الوقت والاهتمام اللازمين بينما يتم منح المريض نزيل المستشفى اهتماما اكبر نتيجة قلة عددهم مقارنة بالمراجعين.</p>	<p>ناصر عبد الكريم الخوالدة: " تقييم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية دراسة ميدانية على عينة من المستقيدين " رسالة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع كلية الدراسات العليا الجامعة الأردنية لسنة 2006.</p>
<p>بناء على ما تقدم يمكن القول ان نتائج الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج هذه الدراسة حيث صرح المبحوثين بان الخدمات الفنية متوسطة، ويحكمها أيضا طبيعة العمل ووقتها ليلي او نهاري حيث تم التوصل الى الخدمات النهارية اكثر جودة، وطبعا خدمات كل من الطباء الجراحين والمختصين اكثر جودة من المقيمين وعاميين وأيضا منظور الفعالية مربوط بالمستوى التعليمي وهذا ما ينطبق على كل من السلكين الطبي والشبه الطبي</p>	<p>- احتل بعد الخدمات الفنية المرتبة الأولى، ثم يأتي بعد الخدمات الفندقية، تم في الأخير بعد الخدمات الإدارية من ناحية الانخفاض في الجودة. - يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعاً لاختلاف طبيعة العمل. - يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعاً لاختلاف الخبرة الوظيفية. يختلف تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء تبعاً لاختلاف المستوى</p>	<p>احمد شجاع السعيد: " تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت " هذه الدراسة تعد استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة في جامعة عمان العربية للدراسات العليا أعدت 2007.</p>

	التعليمي.	
<p>بناء على ما تقدم يمكن القول ان نتائج الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج هذه الدراسة حيث ان جودة الخدمات الصحية تتحدد باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي. عدم تكفل الطاقم الشبه طبي بشكل كاف على مستوى كل المؤسسة الصحية وذلك لكثرة مهامهم وعدم وضوحها.</p> <p>اما فيما يخص العقوبات فتشترك معهم في كل من ضعف التأطير وذلك لغياب المطورين اثناء العمل خصوصا في المناوبات الليلية ووقوع المتعلمين في حالات يصعب التعامل معها، وكذلك عدم الوضوح النسبي للمهام، عدم الرضا عن ظروف العمل، وانخفاض أيضا المستوى التعليمي التطبيقي.</p>	<p>- يمكن إجمال مؤشرات نظام تقويم الأداء في أربع مجموعات رئيسية وهي: مؤشرات أداء الموارد البشرية ، مؤشرات تقويم أداء الموارد المالية والمادية، مؤشرات تقويم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية ،مؤشرات تقويم أداء جودة الخدمات الصحية.</p> <p>- تختلف جودة الخدمات الصحية باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي.</p> <p>- عدم تكفل الطاقم الشبه طبي بشكل كاف على مستوى كل المؤسسة الصحية</p> <p>- العقوبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي لتقديم خدمات ذات جودة هي قلة فرص التكوين، عدم ملائمة التكوين لاحتياجات المتكويين، ضعف التأطير، عدم وضوح التأطير، عدم وضوح نسبي للمهام، عدم الرضا عن ظروف العمل، انخفاض مستوى النظافة.</p> <p>- العقوبات التي تواجه الطاقم الطبي لتقديم خدمات ذات جودة هي قلة إمكانيات التكوين المستمر، قلة توافر وسائل العمل، قلة التنظيم، انخفاض مستوى الأجر، رداءة مستوى النظافة، وجود التهابات مكتسبة في المستشفى، ضعف التوعية بمشروع الإصلاح.</p>	<p>عدمان مريزق: " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة " أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، السنة الجامعية 2007/2008.</p>
<p>_ بناء على ما تقدم يمكن القول ان نتائج الدراسة الحالية اتفقت مع نتائج هذه الدراسة حيث من حيث ان تصميم الخدمات الصحية الاخذ بعين الاعتبار لتوقعات المرضى، لان هذا يعتبر حجر الزاوية في تطوير الخدمات وفق رغباتهم وان أكثر معايير التقييم للجودة هي الملموسة من حيث التعامل والتعاطف.</p>	<p>- يتطلب تصميم الخدمات الصحية الاخذ بعين الاعتبار لتوقعات المرضى، لان هذا يعتبر حجر الزاوية في تطوير الخدمات وفق رغباتهم.</p> <p>- يوافق افراد عينة الدراسة بدرجة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من طرف المصحات من ناحية معايير التقييم الخمسة لنموذج (Servqual) ورضا كبير عن الجودة.</p> <p>- أكثر معايير تأثيرا على الجودة هما معياري الملموسية والتعاطف.</p> <p>- كفاءة الطبيب المهنية للعامل في المؤسسة الاستشفائية التي يقصدها المريض تؤدي دورا اساسيا في تحسين جودة الخدمات المقدمة.</p>	<p>وفاء سلطاني والهام يحيياوي: " استخدام نموذج (Servqual) لتقييم مستوى الخدمات الصحية دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة</p>



### ١١١. مناقشة النتائج على ضوء الأطر النظرية المفسرة للمؤسسات الطبية :

تعد الاتجاهات النظرية التي تم الاعتماد عليها والتطرق اليها في الدراسة بمثابة الإطار المرجعي الذي نحتكم اليه علميا في معالجتنا لجوانب عديدة ومختلفة للدراسة، وفي هذا السياق تجدر الإشارة الى اننا تناولنا جملة من الاتجاهات والأفكار التنظيرية التي تناولت بالدراسة والتحليل الخدمات الصحية والمستشفيات وطرحنا في طياتها أفكارا ذات طابع تحليلي تنظيمي، وعليه سيتم في هذا الجزء مقارنة نتائج الدراسة مع ما توصلت اليه النظريات المعتمدة التي شكلت جزءا مهما في دراستنا وذلك كما يلي:

#### 1\_ الاتجاه الكلاسيكي:

حسب طرح روندي م كو في كتابه "الدراسة الاجتماعية للطب " عن المستشفى الحديث الذي يرى ان البناء الاجتماعي لأي مؤسسة صحية يتغير على الدوام لان أعضائه وصانعي قراراته يحاولون دائما ان يكيفوا أهدافهم وانشطتهم تبعا للحالات المتغيرة التي ترد اليهم ، في شكل أنشطة تعاونية لجماعة ما بهدف الحصول الى الغرض المنشود وبهذا تختلف التنظيمات في درجة الثبات في الأبنية الاجتماعية هذا يتفق مع ما تم التوصل له في الدراسة الميدانية حيث يكيفون وقتهم ويكونون جماعات غير رسمية هدفها تسير المصلحة لتحقيق تناسق وظيفي والقضاء على المعوقات الوظيفية وعدم وجود ثبات وظيفي معين في مصلحة معين لتكامل كل المصالح مع بعضها فاذا حدث خلل وظيفي في احدى المصالح عم الخلل على الباقي مما يؤثر سلبا على جودة الخدمات الصحية .

الباحثان مارجريت أي هاري وماري أي كونواي في كتابهما " نظرية الدور " اختلاف الدور الوظيفي لكل من ممارسي الصحة مع وجود فئة متحكمة وفئة خاضعة تنفذ ،وحسب ما تم التوصل اليه فتوجد سلطة رسمية متمثلة في الإدارة والمعينون من طرفها وسلطة غير سلطة رسمية بحكم خبرتها ومكانتها ، وأشارت الباحثتان الى ان هذا قد يخلق مناطق صراعية بين الهيئتين الطبية والطبية المعاونة وهذا ما ينطبق على دراستنا ، وقد بينت الباحثتان اختلاف المستشفى عن باقي التنظيمات لان هذا الأخير صمم لأغراض إنسانية وأشكال السلطة فيها تختلف ،أي عدم وجود وحدة السلطة كما في باقي التنظيمات .

اما المحللون الماركسيون فقد اكدوا على العلاقة بين جودة الخدمات الصحية والأبنية الاقتصادية والسياسية لدولة ،حيث صرح في هذا الصدد كلمان ان افضل قدر من الصحة المتاحة للسكان من الناحية الوظيفية يحدث اذا كان مقدار الزيادة في الموارد الاقتصادية تم توجيهها الى مجال الصحة، وهذا ما هو

محل طرح للعديد من المبحوثين في دراستنا حيث اكد اغليبتهم على النقص الفادح للمواد الطبية والأجهزة الطبية وهذا ما أثر على جودة الخدمات الصحية ، ويرجعون ذلك لسياسة الدولة المنتهجة الاشتراكية التي تتيح العلاج المجاني وهذا ما جعل الضغط عليها ، وطرح بعضهم انه يجب ان تتغير سياسة الدولة لان البحبوحة قد انتهت ويجب الدفع مقابل الحصول على الخدمة ، وربطوا تطور القطاع الصحي بتغير النظام وهذا ما اكد عليه الاتجاه الماركسي ان مقدار الحالة الصحية للأفراد يجب ان يقاس بمقدار العائد الاقتصادي الذي يتحقق نتيجة توجيه قدر من الموارد الاقتصادية للصرف والانفاق على المجال الصحي وهذا ما يبرر اختلاف في تعريف (ان النظام الطبي له وظيفة مهمة بالنسبة للنظام الاقتصادي الرأسمالي ، وهي تشجيع زيادة الطلب على الخدمات الطبية ، واستهلاك المنتجات التي توفرها شركات الادوية والمستلزمات الطبية في الأسواق ، بينما يعرف على حسب توجهنا بانه " المستشفيات الحكومية هي المستشفيات التي تملكها هيئات رسمية تقوم على رعاية شؤونها و مصالحها ، و هذا النوع من المستشفيات يعتبر أكثر أنواع المستشفيات انتشارا في العالم اليوم ، حيث تعتبر الكثير من الدول و بخاصة الاشتراكية منها أن من أولى واجبات الدولة هو تقديم أفضل الخدمات الصحية إلى المواطنين مجانا ، و بما أن المستشفيات تعد احد أنواع المؤسسات الصحية التي يتم عن طريقها تقديم الخدمات الصحية ، لذلك فان الكثير من الدول تأخذ على عاتقها مهمة بناء و إدارة المستشفيات .

و هذه المستشفيات تقدم الخدمات الصحية لمختلف المواطنين مقابل أجور زهيدة وطبقا لنظام خاص بها في الحجز والكشف و العلاج للمرضى و إجراء العمليات ، في ميدان الصحة والعلاج : يضمن نشاط التشخيص والعلاج والاستشفاء و الإستعجالات الطبية الجراحية والوقائية ،إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان<sup>1</sup>.

## 2\_ الاتجاهات الحديثة :

### 2\_1\_ الاتجاه الوظيفي في دراسة التنظيمات:

- ما قام به مايت دنت **Mike Dent 1990** التي طرحت أهمية هذه الأجهزة او كيفية الاستفادة منها بل في نظام تقسيم العمل الاكلينيكي الذي ينشأ على ذلك ، خاصة فيما يتعلق بالعلاقة بين الأطباء والمرضات هذا على اعتبار ان تلك العلاقة مشكلة للطرق التي من خلالها يمكن الاستفادة من نظام الكمبيوتر الذي تم إدخاله ، ولكن حسب ما تم التوصل اليه فان تقنية الكمبيوتر مستعملة لكن تبقى

<sup>1</sup> - ج ج د ش، وزارة الصحة والسكان ، التعلية الوزارية رقم 002 ، المؤرخة في 18فيفري 1998، المتعلقة بالتكوين المتواصل لعمال الصحة ،ص 1.

ناقصة لعدم استعمال شبكة الكترونية مشتركة بين المصالح تسهل العمل على المريض والطبيب في الحصول عن المعلومة بكل سهولة، بدل التنقل والبحث عنها من مصلحة الى أخرى، وقد لا حضنا ان اغلب اتصالاتهم علاقات شخصية عبر الهاتف.

- وفي بحث اخر ل جورج أي فراير **George Eryer1991** بعنوان المهن الطبية في الولايات المتحدة ، يرى ان المهن الطبية في القرن الأخير كانت غالبيتها تحت مسمى الممارس العام ولكنها الان تحولت الى مهن طبية عالية التخصص ومع الوقت صارت اعداد هؤلاء الأطباء - الدقيق التخصص- اكثر كثيرا عما هو مطلوب، في الوقت ذاته هناك حاجة ماسة لولاك الممارسين إضافة الى سوء توزيع كليهما في مختلف التنظيمات الطبية ، مما قد يجعل احدهما يقوم بأدوار الاخر ، للدرجة التي جعلت جورج فراير يعتبر هذا النظام غير طبيعي في استجابته لاحتياجات المرضى ويرجع ذلك لعدم وجود توافق في العمل بين ممارسي العام و ممارسي الصحة ويشير الى أهمية التضامن المفترض تواجده، وهذا ما يتفق مع نتائج دراستنا لكن بين الأطباء المختصين والأطباء المقيمين باعتبار الفئة الأولى مالكة لسلطة وملقنة للمهنة واعتبار الثانية تابعة كتبعية الأستاذ للمعلم و خاضعة مما جعلها تقوم بدور الأستاذ في اغلب الأحيان خصوصا اثناء غيابه الشبه تام في الفترة المسائية ويتم التعامل معه بالهاتف وارسال معلومات عبرها وفي الحالات الحرجة يأتي الى المستشفى طبعاً باتصال من الأطباء المقيمين لتغطية الغياب او النقص الذي اصبح يعتبر شبه عادي ومرخص، بالإضافة الى سوء توزيع المختصين اذ يتم التوزيع على حسب الرغبات شخصية وليس الاحتياجات وفي بعض المصالح تشكي من نقص فادج واصبح معيق لخدماتها كما هو موجود في مصلحة الحروق نقص في مختصين في تخدير مما يضطرهم الى محاولة الوصول الى المناوبين في الاستجالات.

- يشير جرتي في تحليلاته ان القرارات يجب ان تتخذ تبعاً لتنظيم وإدارة وارشاف وتعاون افراد الهيئات التي تمثل كافة المهن فيها، كل بأيدولوجيته ودوره في العمل وقد تم التوصل في دراستنا الميدانية ان تابعين لسلطة سواء من السلك الطبي (الأطباء العامون، المقيمين ، الداخليين) او الشبه الطبي لا يشاركون في اتخاذ القرار وحتى الجراحين او المختصين تبقى مشاركتهم محدودة وتقتصر إلا على مصلحة العمل إلا من هو عضو اداري في الهيئة الطبية ، وحتى رؤساء الأقسام فهم منفذين لتعليمات الإدارية اكثر مما هم مقررين، ولقد اكد المبحوثين أن مشاركتهم في اتخاذ القرارات فيما يتعلق بعملهم يزيد من مواظبتهم على العمل أي أن مشاركتهم تجعل منهم فاعلين اجابيين يحافظون على مواقيت العمل ويلتزمون بتقديم الخدمة في الوقت المناسب وهذا ما يقوى نسق أدائهم وذلك بسبب إحساسهم بان

القرارات صادرة عنهم وأنهم مسؤولون عما ينجر عنها من عواقب ، وبشير جار تلى ايضا الى ان مشكلات الافراد العاملين في المستشفى تأتي من عدم كفاية الاعداد اللازم للقيام بالأدوار المطلوبة منهم وهذا ما صرح بيه أيضا المبحوثين سواء ممارسي الصحة او متلقي الخدمة (المريض) خصوصا في المناوبات الليلية .

-وحسب منظور انجل ان الاستقلال المهني قد تأثر بدرجة النمو البيروقراطي خاصة عندما تتزايد هذه الأخيرة وقد بين ان ممارسة الضبط والالتزام الذي يمارسه الأطباء نحو جماعاتهم لا يتصف بالتعسف او الشدة في اغلب الأحيان ، وكان يفضل عوضا عن ذلك - ممارسة تأثيره الشخصي للتأثير في الأطباء الذين يقعون تحت اشراف هو يجب الا تقتصر الجهود الإدارية على ضبط العمل من الناحية البيروقراطية فقط ، بل يجب ان يكون هناك متسعا للضمير الإنساني أيضا، وهذا عكس ما توصلت اليه نتائج الدراسة اذ ان الأسلوب المتبع هو اسلب تعسفي .

-وهناك نظرية بارسونز الذي يرى ان الصحة تنقسم الى قسمين صحة للأغنياء وأخرى للفقراء الذين تتبنى الدولة نفقات علاجهم المجاني، أسس بارسونز نظريته حول العلاقة التي بين الطبيب والمريض ويرى ان هذه العلاقة تتميز بأمرين:

الأول عدم التوازي بين الطرفين في الفرق المعرفي الشاسع بين الطبيب والمريض وتفرد الأول بالعلاج، فبالتالي يكون الطبيب العنصر الفاعل في المعادلة.

اما الامر الثاني (الخضوع) فتجسده وضعية المريض كطرف متلقي سلبي لتعليمات الطبيب نتيجة جهله ورضوخه للتعليمات الصادرة عن هذا الأخير.

وهذا يتماشى مع نتائج دراستنا المتوصل اليها ففي حقيقة الامر فان معظم المرضى اثناء اقامتهم بالمستشفى يعتمدون على غيرهم ،و لا يتخذون قرارات خاصة بهم ونتيجة لذلك من الممكن اعتبار مريض المستشفى متلقيا سلبيًا للرعاية الطبية ، والمريض اذا كان مثاليا فيجب عليه الا يشكو كثيرا وان يبدي قدرا كبيرا من التعاون، وكثيرا ما ينظر العاملون بالمستشفى الى المرضى باعتبارهم أهدافا ولعل هذه النظرة مرجعها ان المرضى يعتمدون عليهم كثيرا ،اما من الناحية الاجتماعية والبيولوجية فان المريض يعتبر حالة ولذلك يميل المرضى الى القيام بدور الأهداف أي انهم يميلون الى الخضوع لكافة الإجراءات الطبية ولكن هذا ليس هو الحال دائما ،وبالرغم من ان الرعاية يجب ان تستمر لفترة طويلة في اغلب الأحيان ،فان ما يحدث هو ان المرضى يتعاملون لفترات قصيرة مع الهيئة الطبية ثم تنتهي فترة الرعاية ثم يعودون

مرة أخرى لكي يتعاملون مع افراد اخرين من أعضاء الهيئة الشبه الطبية، وهكذا فان المرضى لا يجدون الفرصة التي تمكنهم من التفاعل العاطفي مع الهيئة الطبية اثناء الإجراءات الطبية .

## 2\_2\_ الاتجاه النفسي الاجتماعي:

- وقد قدم **دافيد هيوز David Hughes 1988** دراسة بعنوان عندما تعرف الممرضة بشكل أفضل بعض جوانب العلاقة التفاعلية بين الممرضة والطبيب، فإذا لم يحدث هذا وفشلت الممرضة ان تتمي معرفتها الطبية والثقافية بما يتلاءم مع الافراد الهيئة الطبية ستكون الكارثة مع المرضى، أي انه هنا المتضرر الوحيد هو المريض وهو ما صرح بيه المرضى انه يبقى في علاقة ثلاثية مفتوحة غامضة بين الطبيب والممرض ورئيس المصلحة كل يوجه الاتهام للآخر.

- **ساندارك جوز واخرون Sandra K.Joos Others 1993** في بحثهم حول "رغبات المرضى واشباعهم في عيادات الممارس العام " فهم يرون ان متطلبات المرضى وحاجاتهم هي النقطة المبدئية التي يجب ان تراعي في الرعاية الطبية التي تقدمها التنظيمات الطبية فتكرار تلبية الأطباء لرغبات مرضاهم يخلق الثقة والاشباع تجاه هؤلاء الأطباء وتجاه ما يقدمونه من رعاية طبية وهذا عكس ما تم التوصل اليه حيث ان التنظيمات الطبية من حيث الإدارة تنظم عملها وفق ميزانيتها وعدم مراعات أي خصائص أخرى اما الأطباء فقد صرحوا انهم على استعداد تام لتلبية متطلبات المرضى في أي وقت لكن هذا عكس ما اقر به المبحوثين خصوصا في الفترة المسائية والليلية مما نجد ان درجة اشباع المرضى متوسطة وهذا ما صرحوا به .

- درس العالم الأمريكي **فريدسون** اليوت العلاقة بين الطبيب والمريض خالية من البعد الإنساني الذي يتوهمه عامة الناس ، ينظر هذا الباحث الى أعماق تلك العلاقة فيراها تحمل في طياتها النزعة الذاتية المبنية على الربح الشخصي للطبيب بعد ان جردها من الجانب الغيري الذي لطالما شكل في التصورات الاجتماعية ركيزتها الأساسية، وحسب منظوره تأسس العلاقة بين الطبيب والمريض عقدا ضمنا يجمع بينهما ضمن شبكة من التفاعلات التي اكتسبت شكل العرف وقوته، حيث يلتزم كل الطرفين المتعاقدين بما عليه من واجبات وما له من حقوق، كما تتوفر في هذا العقد كل اركان العقود التفاعلية بين الافراد من الوجود المادي للطرفين المتعاقدين موضوع العقد، تبادل المنافع والاجر او المقابل، ويشير كذلك ان الأطباء في بعض المجتمعات يعتمدون في دخلهم على تكرار عودة المرضى اليهم وانهم يسعون

قدر طاقتهم للحد من عدد الأطباء حتى يحسنون وضعهم التنافسي، وهذا ما تم التصريح به من قبل بعض المرضى الذين اقررو وجود بعض الأطباء الذين يرسلونهم الى عياداتهم الخاصة لإجراء العمليات .  
- وفي دراسة أخرى بين سكيبر وليونارد ان تفاعل المريض مع هيئة المستشفى عن طريق تزويده بالمعلومات والتأييد العاطفي يمكن ان يخفف الى حد كبير من عبأ التجربة التي يمر بها وفي هذا السياق كانت النتائج ان سوء المعاملة وعدم التأييد العاطفي يؤثر على نفسية المريض اذ صرحوا ان معاناتهم المرضية تكفيهم، وانه ينظر اليهم في المستشفى العام نظرة احتقار وذل ولو كان لديهم القدرة المالية لما توجهوا للقطاع العام .

- أوضح كاسل ان الاتصال اللفظي عن طريق اللغة- لغة الأطباء مع المرضى- يمكن اذا استخدم بمهارة ان يساعدهم في اثراء العلاقة بين الأطباء والمرضى، وهذا بدوره الى الانسجام وفعالية العلاج ، وهذا ما يدعم نتائج دراستنا حيث صرح الممرضين ان تواصلهم مع الأطباء فيه نوع من المعوقات الوظيفية سواء من ناحية اللغة المستعملة التي تتضمن صيغة الامر وتعالى وانهم غير لا يحبذونها لان المسؤول الرسمي عنهم رئيس المصلحة وليس الأطباء وهنا ما يدخلهم في صراع وظيفي يؤثر على جودة الخدمات الصحية قد يكون الطرف الأول او الثاني هو المخطئ لهذا لا بد من تفعيل العلاقة بينهما الى علاقة وظيفية تكاملية .

- قام كذلك بين سيرا بدراسات عديدة انطلاقا من نموذج الذي قدمه بارسونز عن التفاعل بين الطبيب والمريض كما درس الإعلان العالمي الجديد للرعاية الصحية الذي يعملون في مستشفيات عامة يميلون الى عدم التعاطف مع المرضى، مما يؤثر سلبا على علاج المرضى ، وهذا ما ينطبق على النتائج المتوصل اليها في دراستنا في مؤسسة الاستشفائية الجامعية .

- اما انجلش وبعض الباحثين الاخرين فقد تناولوا توقعات المرضى في تعاملهم مع الأطباء وان رضاهم عن الخدمة الطبية التي تقدم اليهم مرهون بما يتوقعه هو من الطبيب، وهذا ما تم التوصل اليه سواء من خلال الدراسة النظرية او النتائج الميدانية .

### 2\_3\_ اتجاه النسق الفني في دراسة التنظيمات الطبية:

- لقد درس فيري تاكيت تنظيمات الرعاية الصحية بنظرة نقدية لإعادة تنظيم الخدمات الصحية داخل المستشفيات من خلال بنائها وعلاقتها بالتغير التكنولوجي ، والتنظيم الفعلي للسلطة الذي يرتبط به صناعة القرار في المستشفى ونظام تقسيم العمل في المستشفى ، اما عن بناء المستشفى وعلاقته بالتغير التكنولوجي فيري تاكيت ان اقصى استفادة من التكنولوجيا المتقدمة يعتمد على بناء تنظيم ملائم لها

والتنظيم - في رايه- يعني الاستفادة القصوى من الأدوات البشرية وغير البشرية في تغيير حالة الافراد صحيا، ويعرف التكنولوجيا بانها كمية الاستراتيجيات العلاجية التي يمكن ان تقدم من خلال هيئة مدربة على ذلك، والبناء هو الطريقة التي من خلالها تتفنت المهام التي يجب ان يقوم بها الموظفون الطبيون، ويشير الى ان هناك سببا رئيسيا لتعقد تلك العلاقات والتخصصات والقرارات الا وهو الخط المزدوج للسلطة في المستشفى وهذا ما قد يتعارض مع الإدارة وبيروقراطية التنظيم وطبيعة القرارات الإدارية وانماط الهيئات التي تقع بين نمطي السلطة كالممرضات وهو ما تم التوصل اليه في الدراسة الميدانية .

الختامة



## خاتمة:

إن الدراسة الميدانية كانت ضمن المؤسسات الاستشفائية العمومية وتحديد ضمن المراكز الاستشفائية الجامعية، التي تعد مراكز ذات طابع إداري وشخصية معنوية واستقلال مالي، وتنشأ المراكز الاستشفائية الجامعية بمرسوم بناء على اقتراح مشترك بين وزير الصحة العمومية ووزير التعليم العالي، بعد استشارة لجنة التنسيق الوطنية للمراكز الاستشفائية الجامعية.

تعدّ المؤسسة الاستشفائية وحدة علاجية واجتماعية وظيفتها تقديم خدمات طبية ذات جودة والمسؤول عن ذلك هو المصلحة الطبية، وهي عبارة عن وحدات قاعدية متخصصة في المؤسسة تتميز بنوع من الاستقلالية في تسييرها وتنظيم العمل فيها، وتتكون المصلحة من فاعلين اجتماعيين تتحدد مهامهم الوظيفية وفقا لتنظيم مندرج وتقسيم للعمل ، حيث يوجد فرقتان إحداهما طبية والأخرى شبه طبية تنتميان إلى سلميين هرميين منفصلين نظريا فقط أمّا وظيفيا فهم مكملين لبعضهما البعض ويخضع كلاهما لسلطة ومسؤولية الأستاذ رئيس المصلحة وتفوض رئاسة المصلحة للأستاذ المساعد في حالة غياب هذا الأخير .

تتأثر جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمتغيرات متنوعة هي متغيرات البيئة الداخليّة ومتغيرات البيئة الخارجية، ولقد ركّزنا في دراستنا على المتغيرات الداخليّة حيث أنّ عملية تحليل البيئة الداخليّة للمؤسسة لها أهمية خاصة نظرا لما تحقّقه من تحديد للإمكانيات المتوفرة لدى المؤسسة سواء كانت مادية أم بشرية، فهي تحدد مناطق القوة ومناطق الضعف مما يساعد في معرفة موقع المؤسسة في السوق مقارنة بالمؤسسات المنافسة، وهذا يساعدها على معرفة كيفية استغلال الفرص المتوفرة في البيئة المحيطة كما يساعدها أيضا في تجنب المخاطر والتهديدات المتوقّعة، كما تسهم عملية التحليل البيئي الداخلي في تكامل عملية التحليل الاستراتيجي، حيث إنّ التكامل بين التحليل البيئي الداخلي و الخارجي مع بيئة العمل يوفر التكامل لعملية التحليل الاستراتيجي .

ركّزنا في بحثنا بضبط على المتغير الداخلي المتمثل في "توزيع السلطة " فهو أحد الخصائص الوظيفية الأساسية التي لا يمكن للإدارة الاستغناء عنها فهي التي تشكل وتنظم باقي الأنساق الوظيفية بهدف الوصول إلى تقديم خدمات جيدة.

انطلاقا من مقولة أن لكل بحث أو دراسة علمية أهداف يسعى الباحثون للوصول إليها أو التطرق إلى أهم تأثيراتها على الواقع المدروس، انطلقنا في دراستنا من مجموعة من الأهداف التي نطمح إلى

تحقيقها من خلال الإجابة عن مجموعة من التساؤلات، وهذه التساؤلات جاءت تكاملا مع اهداف الدراسة وقد تم تبينها وفقا للجدول الموالي:

### جدول رقم (62) يبين تموضع اهداف الدراسة في البناء المنهجي:

الهدف	مجال دراسته في دراسة الحالية
<b>الهدف الأول:</b> وضع تصورات نظرية حول السلطة التنظيمية وجودة الخدمات الصحية	فصل الأول والفصل الثاني والفصل الثالث
<b>الهدف الثاني:</b> التعرف على توزيع السلطة داخل المستشفى من خلال أبعادها " اتخاذ القرارات وتقسيم العمل والاتصال" ومؤشراتها	<b>الفرضيات الجزئية:</b> _ إن مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار يعزز من قدرتهم على التأمين الفعال للخدمات الصحية في المؤسسة بواسطة المؤشرات الآتية (توسيع دائرة المشاركة و المشاورة في عملية اتخاذ القرار، تفويض السلطة بين لممارسي الصحة)
<b>الهدف الثالث:</b> تحديد طبيعة وقوة العلاقة التي تربط بين مالكي السلطة - سلطة الإدارية- المتمثلة في رؤساء المصالح" أستاذ رئيس المصلحة مسئول على الأسلاك الطبية، ورئيس المصلحة المسئول على شبه الطبيين "، والتابعين وهم الممارسين للصحة بصفة عامة بمختلف رتبهم وتخصصاتهم في كلا السلكين الطبي والشبه الطبي	_ إن تقسيم العمل وفق معايير موضوعية يفعل على نحو امثل أداء الموارد البشرية وينمىها في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (طريقة العمل، تنظيم وحجمه العمل، العدالة في التقسيم المناوبات والمهام)
<b>الهدف الرابع:</b> تشخيص واقع الخدمات الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية من منظور الفاعلين الاجتماعيين فيها التي تضم مقدمي الخدمة" ممارسي السلطة بمختلف تخصصاتهم ورتبهم" ومستقبلي الخدمة" المرضى".	_ إن تفعيل التواصل في المؤسسة يساعد العاملين على التكفل بشكل أحسن بالخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (وقت وصول المعلومة ودقتها ، الوسيلة الاتصالية المتبعة ،طبيعة العلاقة بين الممارسين لصحة ).
<b>الهدف الخامس:</b> تحديد طبيعة العلاقة بين توزيع السلطة و جودة الخدمات الصحية.	<b>الفرضية العامة:</b> توجد علاقة بين توزيع السلطة و جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية.
<b>الهدف السادس:</b> رصد الأبحاث الميدانية و الإسهامات النظرية في مجال دراسة المستشفيات.	<b>الدراسات السابقة</b>

وبذلك توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج جاءت كالاتي:

## النتيجة الأولى وفقا للهدف الاول:

إن السلطة تحتل مكانة بالغة في المؤسسة فهي باختصار القوة التي تحمي التنظيم ، وهي كمفهوم إداري تنظيمي ترتبط او تتقاطع مع عدة مفاهيم إدارية أخرى ابرزها القوة والمسؤولية والمساءلة والتخصص..... الخ ، ولكل سلطة كما رأينا حدود تختلف باختلاف الحق الذي يمتلكه أصحاب كل مستوى إداري داخل المؤسسة، وتنقسم بصفة عامة السلطة إلى مركزية أو لا مركزية ويخضع هذا الانتهاج لعوامل معينة، ولكل نوع مزايا وعيوب ينبغي مراعاتها وربطها بخصائص كل مؤسسة على حدى.

أما جودة الخدمات الصحية فتختلف كل حسب موقعه في المنظومة الصحية وتتأثر أيضا بعوامل داخلية وخارجية وتتحقق وفقا لمدرجات كل فاعل في المنظومة الصحية.

## النتيجة الثانية وفقا للهدف الثاني: توصلنا فيها إلى ثلاث نقاط أساسية على حسب فرضيات

الدراسة.

التوصل إلى أن السلطة في المؤسسة الاستشفائية ليست هرمية ، وهذا بسبب وجود سلطة مهنية أو طبية وهي سلطة موازية للسلطة الإدارية التي هي بيد رؤساء المصالح والأقسام داخل المستشفيات مهما كان تخصصهم الطبي أو الإداري حيث إن وجود هاتين السلطتين معا في نفس المكان، يؤدي الى اضعاف هرمية السلطة في الهيكل ، أي يوجد في المؤسسة الاستشفائية محلّ الدراسة سلطتين سلطة رسمية وهي الإدارة ورؤساء المصالح التي تقتصر علاقتهم مع الإدارة بوصفهم منفيين أكثر منه مقررين ، والسلطة الطبية غير رسمية موازية لسلطة الإدارية وتكتسب شرعيتها بواسطة المعرفة الفنية والتي مثلتها في دراستنا الجراحين والمختصين ومن خلال ما تم التوصل اليه في الدراسة فان هاذين الفئتين لهم خصائص تميزهم على باقي الفئات سواء الطبية (المقيمين والعامون والداخلين ) أو الشبه الطبية وهذه الخصائص شملت مؤشرات الدراسة اذ انها فئة مشاركة في اتخاذ القرار في المصلحة وتشاور ومفوضة وكل هذه الخصائص تخولها إلى أدائهم لعملها بكل أريحية ولا توجد أمامهم معيقات وظيفية إلا ما كانت ضمن إطار نقص الموارد المادية او النقص البشري ، أما التابعين لسلطة سواء الأطباء المقيمين او العامون والداخليون او الممرضون فإنهم لا يمتلكون سلطة وان امتلكوها فهي سلطة نسبية موضعية تخضع لتعقيدات هيرالكية وضغوطات ومساومات لا وظيفية تندرج ضمن التبعية للمالك كما هو الحال

للأطباء المقيمين والداخليين تبعية الطالب للأستاذ وهذا ما يؤثر على جودتهم الوظيفية بالإضافة الى انهم يتعرضون للمساءلة على عكس فئة الجراحين والمختصين.

توصلنا إلى أن الهيكل التنظيمي السائد في المستشفى أكثر تعقيدا وقل وضوح، وهذا راجع الى طبيعة وعدد الوظائف التي يمارسها المستشفى منها ما هو علاجي ومنها ما هو تعليمي، وكل هذه الخصائص اثرت على نظرت الفاعلين الاجتماعيين في تقسيم العمل وطريقة العمل والعدالة في كل من التقسيم ، فكانت إجابات المبحوثين منقسمة إلى منظوريين المنظور الأول يختلف على الثاني باعتبار الأول مالك لسلطة والثاني منفذ، فالأول هو المنظم للعمل خصوصا فئة الأطباء الجراحيين بينما الثاني هو المنظم ،الأطباء مقيمون ،عامون وداخليون و المرضى، وكانت تصريحاتهم تتسم بعدم وجود عدالة، إذ أن الفئة الأولى لها نسبيا نوع من الحرية أما الثانية فلا تمتلك بحجة الأول لها خبرة فنية والبقية باحثة عن الخبرة او انها في اسفل الهرم والأخرى في الأعلى ، أما من حيث تقسيم العمل وجودة الأداء فكما هو معروف أن العمل يتم على مناوبتين ليلة نهائية، اختلف فيها المصريحين بين المؤيد والمعارض لأيهما أجود، وقد صرح الأغلبية بان المناوبات النهارية هي الأجود بناء على مجموعة من الأسباب منها ما يتعلق بالنقص الكوادر أو غيابها ومنها ما يتعلق بالسرعة ومنها ما يتعلق بالمعاملات، كل هذه العوامل صنفتها المبحوثين إلى أنها معيقات لا وظيفية تؤثر على جودة الخدمات الصحية، وبالتالي نتوصل الى تحقق الفرضية القائلة بأن تقسيم العمل وفق معايير موضوعية يفعل على نحو امثل أداء الموارد البشرية وينميها في المؤسسة.

توصلنا إلى أن النموذج التنظيمي السائد في المستشفى هو البيروقراطي وذلك على المستويين الإداري والطبي، فنوع السلطة الإدارية البيروقراطية تعتمد في تعاملها مع المصالح على اللوائح والإجراءات الرسمية حتى تضمن الشرعية وتستعمل الاتصال الرسمي كالإعلانات، وتسيير الموارد البشرية (تشغيل، تكوين، ترقية، تقدم .... الخ) بطريقة رسمية ، اما السلطة الطبية فهي بيروقراطية في اغلبية المصالح حيث تعتمد هذه المصالح على الكتابة في معظم الأحيان في تعاملها مع المصالح سواء فيما يخص العلاج او الطلبات المقدمة لإحضار أدوات العمل والموارد المختلفة وأيضا فيما يخص التعامل اليومي الذي يخص المصالح والإدارة والغيابات والحركة اليومية، اما فيما يخص التسيير اليومي فمنها من هي بيروقراطية ومنها من هي فوضوية ، أمّا عن خصائص الاتصال السائد في المؤسسة من الناحية

العلاجية فهو في مختلف الاتجاهات وذلك لان العملية العلاجية عملية تكاملية بين مختلف الفاعلين واي خلل او تأخر في نقل المعلومة يؤدي إلى خلل و معيق وظيفي مما يؤثر على التكفل بالمرضى.

**النتيجة الثالثة وفقا للهدف الثالث:** تم الكشف عن وجود اختلاف في مواقف ممارسي الصحة في

العلاقات فيما بينهم والتي تحكمها الظروف والعلاقات الاجتماعية السائدة.

**النتيجة الرابعة وفقا للهدف الرابع:** تم التوصل إلى أن مستوى الخدمات الصحية " المتوسط " من

طرف جميع الفاعلين الاجتماعيين في مؤسسة الاستشفائية.

**النتيجة الخامسة وفقا للهدف الخامس:** تم التوصل الى وجود تقارب في نتائج الدراسة مع

الدراسات السابقة.

وبناء على ما طرح في الإطار النظري، و ما تم التوصل إليه من خلال نتائج الدراسة الميدانية خلصنا إلى أن السلطة المبنية على مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار، و تقسيم العمل وفق معايير موضوعية، وأن تفعيل التواصل في المؤسسة يؤدي إلى الجودة في الخدمات الصحية، ورغم أن الدراسة الراهنة تمكنت من تحقيق الفروض التي انطلقت منها إلا أن هذه النتائج تبقى تحكمها مجموعة من الأطر والقوالب المرتبطة بالبناء التنظيمي والسياسات والإستراتيجيات المنهجية فضلا عن التحولات التي تعتلي البيئة الخارجية ، ومع ذلك تبقى مسألة السلطة تشكل مفهوم محوري ارتكازي في الدراسات التنظيمية .

من خلال النتائج المتوصل إليها في دراسة الميدانية توصلنا الى نقاط إيجابية صرح بها المرضى ان الخدمات الصحية المقدمة من حيث الجودة هي متوسطة لكن تقي بوظيفتها نوعا ما بما أنها مجانية، مع وجود مجموعات معيقات وظيفية أدت الى تدني مستوى الخدمات الصحية منها عدم توفر بعض الأدوية، التأثير بالظروف الفيزيائية (الضوضاء والازدحام ، وتدني مستوى النظافة ) و كثرة المرضى ، الوساطة والمركز الاجتماعي ، كل هذا أدى الى وجود العديد من التهديدات من أهمها أن زيادة عدد المرضى أدى إلى عدم استيعاب المستشفيات للأعداد الكبيرة .

في ختام الدراسة وبناءا على ما توصلنا إليه من نتائج سواء الميدانية او التي تم ملاحظتها

نقترح مجموعة من التوصيات من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة:

- إعادة هيكلة المستشفى.
- زيادة عدد الكوادر الطبية لمواجهة اعداد المرضى المتزايدة نتيجة زيادة عدد السكان.

- توفير وسائل رفاهية في قاعة المرضى.
- متابعة الصيانة وباستمرار لمرافق المستشفى.
- العمل على توفير الأدوية اللازمة لجميع المرضى.
- زيادة مهارات الاتصال لدى الأطباء والممرضين والعاملين.
- معاملة المرضى معاملة متساوية للحد من اللجوء للواسطة للحصول على الخدمة المطلوبة.
- الحد من انتشار أقسام المستشفى الواحد في أكثر من منطقة.
- تأهيل العاملين في مجال الأمن والحراسة للمستشفيات.
- تأهيل العاملين في مجال العلاقات الإنسانية وكيفية التعامل.
- تفعيل للاتصال بين مختلف الفاعلين الاجتماعيين في مؤسسة الاستشفائية (الاتصال في مختلف الاتجاهات).
- تفعيل الاتصال وضبطه بين مختلف المصالح وعدم اتباع سياسة الفصل لأن عمل المصالح الطبية مترابط ومتكامل (وهذا اهم مشكل مطروح في المؤسسة).
- تعميم نظام الحوسبة الذي يحدد المواعيد في عيادات الاختصاص ويحد من تنقل المرضى بين المستشفيات وحتى بين مصالح المستشفى الواحد.
- تفعيل المشاورة والمحاورة من خلال اجتماعات رسمية لمختلف الفئات سواء السلك الطبي او الشبه الطبي وحتى المريض باعتباره المنتفع الأول والمتضرر الأول وعدم اقتصار الاجتماعات على السلك الطبي فقط.
- اتباع سياسة مرنة في تفويض السلطة.
- محاولة الموازنة والضبط والتحديد في السلطة الممنوحة لبعض ممارسي السلطة خصوصا الجراحين والمختصين.
- ضبط وتحديد دقيق للمهام لممارسي الصحة خصوصا الشبه طبيين.
- اشراك كل الفاعلين الاجتماعيين في اتخاذ القرارات كل بحسب مكانته بطريقة مباشرة وغير مباشرة.
- مراقبة كل الاسلاك سواء الطبية او الشبه طبية والمحاسبة العادلة وعدم تفضيل فئة على فئة أخرى.
- العمل وفقا للنظام الرسمي وعدم تفعيل أنظمة غير رسمية قد تؤدي الى اضعاف الجودة في تقديم الخدمة.

في إطار النقص البارز في مجال البحث الأكاديمي في مثل هذا النوع من المواضيع نقترح اجراء المزيد من الدراسات والبحوث الاجتماعية المماثلة، تعني بدراسات توزيع السلطة في مؤسسة الاستشفائية وتكون فيها الدراسة الحالية نقطة الانطلاق ويستفاد من نتائج ومقترحات هذه الدراسة في معالجة هذا النوع من الظواهر.

# قائمة المراجع

### أولاً: المراجع باللغة العربية

#### • القواميس والمعاجم:

1. غيث محمد عاطف، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1997.
2. طوني بينيت لورانس غروسبرغ، تر: سعيد الغانمي، مفاتيح اصطلاحية جديدة معجم مصطلحات الثقافة والمجتمع، ط1، المنظمة العربية لترجمة بيروت، 2010.
3. بن هادية علي وآخرون، القاموس الجديد لطلاب، ط7، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1991.
4. نخبة من أساتذة علم الاجتماع، المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1983.

#### • الكتب

1. احمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 2000.
2. احمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات، ط1، المكتبة العصرية لنشر والتوزيع، مصر، 2006.
3. إسماعيل علي سعيد، المجتمع والسياسة دراسات في النظريات والمذاهب والنظم، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999.
4. إسماعيل علي سعيد، المجتمع والسياسة دراسات في النظريات والمذاهب والنظم، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999.
5. انجريس موريس، تر: بوزيد صحراوي واخرين، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، ط2، دار القصة للنشر، الجزائر، 2004.
6. بن نوار صالح، فعالية التنظيم في المؤسسات الاقتصادية، مخبر علم الاجتماع والاتصال للبحث والترجمة، 2006.
7. بن نوار صالح، مبادئ في منهجية العلوم الاجتماعية والإنسانية، مخبر علم الاجتماع والاتصال للبحث والترجمة، مطبعة دار الفائز، الجزائر قسنطينة.
8. بهجت محمد وكشك جاد الله، المنظمات واسباب ادارتها، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.



9. بواعنة عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار ومكتبة الحامد، عمان، 2004.
10. توهامي ابراهيم وناجي ليتيم وهشام بوبكر واخرون، قضايا سوسيو تنظيمية، ط1، البدر الساطع للطباعة والنشر، الجزائر، 2013.
11. ثامر ياسر البكري، ادارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الاردن، 2005.
12. جبارة عطية جبارة، الاتجاهات النظرية في علم الاجتماع الصناعي، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر الإسكندرية، 2001.
13. جمال أبو شنب، التكنولوجيا والمجتمع دراسة في تاريخ العلم وتكنولوجيا الهندسية والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، جامعة حلوان.
14. جميل أحمد توفيق، إدارة الأعمال (مدخل وظيفي)، دار النهضة العربية، بيروت، 1986.
15. الجوهري عبد الهادي، علم اجتماع الادارة مفاهيم وقضايا، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1998.
16. الجوهري محمد والخريجي عبد الله، طرق البحث الاجتماعي، ط5، دار المعرفة الجامعية، الازريطية، 1998.
17. الجيلالي حسان، التنظيم غير رسمي في المؤسسات الصناعية، ديوان المطبوعات، الجزائر، 1985.
18. حاروش نور الدين، ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، دار كتامة للكتابة، الجزائر، 2008.
19. حامد خالد، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية، جسور للنشر والتوزيع، الجزائر، 2006.
20. حريم حسين، مبادئ الادارة الحديثة (النظريات - العمليات الادارية - وظائف المنظمة)، ط1، دار الحامد، عمان، 2006.
21. حسن صالح سليمان القضاة، القيادة مدخل في إدارة المستشفيات، دار وائل للنشر، عمان، 2011.
22. حسين ذنون على البياتي، المعايير المعتمدة في اقامة وإدارة المستشفيات من وجهة نظر معاصرة، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، 2009.

23. حسين رشوان احمد رشوان، القوة والسلطة والنفوذ، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 2007.
24. حسين طاهر، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة (دراسة مقارنة الجزائر - فرنسا، دار هومة لطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2002.
25. حسين عبد الحميد أحمد رشوان، علم اجتماع التنظيم، مؤسسة شباب الجامعة، مصر، 2004.
26. الحلبي على عبد الرزاق، علم اجتماع الصناعة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.
27. حنفي عبد الغفار، اساسيات ادارة منظمات الاعمال الوظائف والممارسات الادارية، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2006.
28. خليل محمد حسن الشماع وخيضر كاظم حمود، مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الاعمال، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة الاردن، 2002.
29. الدمرداش طلعت، اقتصاديات الخدمة الصحية، دار الكتب المصرية، مصر، 2006.
30. الدوري زكريا ونجم العزاوي وآخرون، مبادئ ومداخل الإدارة ووظائفها في القرن الحادي والعشرين، دار اليازوري العملية للنشر والتوزيع، عمان، 2012.
31. رحي مصطفى عليان وغنيم عثمان، مناهج وأساليب البحث العلمي، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000.
32. رشوان عبد المنصف حسن علي، الممارسة المهنية للخدمة الصحية في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2006.
33. رمزي نبيل، بناء المجتمع ونظمه النظام الاقتصادي التحليل السوسولوجي للنسق الاقتصادي، ج 1، دار الفكر الجامعي، مصر، 2001.
34. زايد عادل محمد، العدالة التنظيمية المهمة القادمة لإدارة الموارد البشرية، ط1، المنظمة لتنمية الادارة، القاهرة، 2006.
35. زكريا لينا محمد، التنمية البشرية ومهارات تطوير الأداء والذات، ط1، دار أمجد لنشر وتوزيع، عمان، 2015.
36. زياد محمد عبد، أساسيات علم الإدارة، ط1، دار البداية ناشرون وموزعون، عمان، 2010.

37. الساعاتي أمين، أصول الإدارة العامة تطبيق ودراسات على المملكة العربية السعودية، دار الفكر العربية، القاهرة، 1997.
38. سالم سالم، البحث الاجتماعي الاساليب ومناهج الاحصاء، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2012.
39. السامرائي مهدي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير لنشر والتوزيع، عمان، 2007.
40. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق لنشر والتوزيع، عمان، 2006.
41. سويسي عبد الوهاب، نظريات التنظيم وتصميم المنظمات، ط2، دار النجاح للنشر والتوزيع، الجزائر، 2015.
42. السيد طارق، اساسيات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، مصر، 2008.
43. شحات محمد، المدخل إلى العلوم الإدارية أسس ومبادئ علم الإدارة العامة، دار العلوم لنشر وتوزيع، الجزائر، 2010.
44. الشريف علي، إدارة المنظمات الحكومية، الدار الجامعية، الاسكندرية، 1999.
45. شكشك انس، علم النفس الإداري - نظريات الإدارة -، ط1، دار النهج، حلب، 2009.
46. صلاح الدين محمد عبد الباقي، السلوك التنظيمي الفعال في المنظمات، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2004.
47. صلاح محمود زياب وعبد الله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات منظور شامل، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2012.
48. الطاهر نعيم، أساسيات الإدارة المبادئ والتطبيقات الحديثة، ط1، جدار للكتاب العالمي للنشر وتوزيع، عمان، 2009.
49. الطروانة هاني خلف، نظريات الإدارة الحديثة ووظائفها، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2012.
50. طلعت إبراهيم لطفي، أساليب وأدوات البحث الاجتماعي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1990.
51. طلعت إبراهيم لطفي، علم الاجتماع التنظيم، دار غريب، القاهرة، دس.

52. عاطف محمد عبيد وحمدي فؤاد علي، **التنظيم الصناعي وإدارة الإنتاج**، دار النهضة العربية، بيروت، 1984.
53. عبد الباسط محمد حسن، **علم الاجتماع الصناعي**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، دس.
54. عبد الكريم، **أصول الإدارة العامة**، المكتبة الأنجو المصرية، مصر، 1976.
55. عبد الله محمد عبد الرحمن، **علم الاجتماع التنظيم**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003.
56. عبد المحي محمود حسن صالح، **الصحة العامة وصحة المجتمع**، دار المعرفة الجامعية، لاذرطة، 2001.
57. عبيدات محمد وآخرون، **منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات**، ط1، دار وائل للنشر، عمان، 1999.
58. عدنان يوسف العتوم، **علم النفس الجماعة نماذج وتطبيقات العلمية**، ط1، إثراء للنشر والتوزيع الأردن، 2008.
59. عدون ناصر دادى، **اقتصاد المؤسسة**، ط2، دار المحمدية العامة، الجزائر، 1998.
60. عريفج سامى سلطى، **الإدارة التربوية المعاصرة**، ط3، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2007.
61. غوارى مليكة، **جودة خدمات الرعاية الصحية فى المؤسسات الاستشفائية**، دار اليازورى، عمان، 2016.
62. فليب برو تر: محمد عرب صاصيلا، **علم الاجتماع السياسى**، ط2، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 2006.
63. قاسم نايف علوان المحياوى، **ادارة الجودة فى الخدمات**، دار الشروق لنشر والتوزيع، عمان، 2000.
64. قبارى محمد إسماعيل، **المدخل إلى علم الاجتماع المعاصر مشكلات التنظيم والإدارة والعلوم السلوكية**، الناشر منشأة المعارف، مصر، 1988.
65. قبارى محمد إسماعيل، **علم الاجتماع**، دار المعارف الإسكندرية، 1981.

66. كعباش رابح، علم الاجتماع التنظيم، مخبر علم الاجتماع الاتصال للبحث والترجمة، الجزائر، 2006.
67. كورتل فريد، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر، الاردن، 2009 .
68. اللوزي موسى، التنمية الادارية (المفاهيم، الاسس، التطبيقات)، حامد وائل لنشر والتوزيع، عمان، 2000.
69. لوكيا الهاشمي، السلوك التنظيمي، ج2، دار الهدى، قسنطينة، 2006.
70. ليلة على وعثمان سعاد واخرون، علم الاجتماع الطبي، ط1، دار المسيرة، الأردن، 2009.
71. المازقي صالح ، مدخل الى علم اجتماع الصحة، مركز النشر الجامعي ، تونس، 2008.
72. ماهر احمد، كيف ترفع في مهاراتك الادارية في الاتصال، الدار الجامعية، مصر، 2004.
73. محفوظ احمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل لنشر والتوزيع، الأردن، 2003.
74. محمد على محمد والخولي سناء، دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط5، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الاردن، 2015.
75. محمد محمد عمر الطنوب، نظريات الاتصال، ط1، دار الإشعاع، مصر، 2001.
76. المخيمر عبد العزيز والطعامنة محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات " المفاهيم والتطبيقات"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2014.
77. مروان عبد المجيد إبراهيم، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، ط1، مؤسسة الوراق، عمان، 2002.
78. مريزق عدمان، مداخل في الإدارة الصحية، دار الياقوت للنشر والتوزيع الأردن، 2011.
79. المشابقة بسام عبد الرحمن، الإعلام والسلطة، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.
80. المغربي كامل محمد، اصالة المبادئ ووظائف المنشأة مع حداثة وتحديات القرن الحادي والعشرون، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2007.
81. ملحم حسن، التحليل الاجتماعي للسلطة، المطبعة الجزائرية للمجلات والجرائد، الجزائر، 1993.

82. النجار فريد، ادارة المستشفيات وشركات الأدوية، ط1، دار الجامعية، الإسكندرية، 2007.
83. نزار علي غربي، التكنولوجيا المتوردة وتنمية الثقافة العالمية بالمؤسسة الصناعية، مخبر علم اجتماع الاتصال للبحث والترجمة، جامعة منتوري قسنطينة، 2002.
84. هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، عمان، 2008.
85. هناء حافظ بدوي، الاتصال بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003.
86. هيو كوش، تر: طلال بن عابد الأحمدى، إدارة الجودة الشاملة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، مكتبة الملك فهد ردمك، السعودية، 2002.
87. وليام ج جول و بول ك هت، تر: محمد على سلام و أبو النجا محمد العمري، مناهج في البحث الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، ط2، مكتب الجامعي الحديث، مصر، 2012.
88. وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، ط1، دار أسامة لنشر وتوزيع، الأردن، 2011.
89. يوسف كمال، ضغوط العمل لدى القيادة الإدارية وأثرها على عملية اتخاذ القرارات، ط1، مكتبة الوفاء القانونية، مصر، 2016.

• الرسائل والاطروحات:

1. بلوم اسمهان، نسق السلطة التنظيمية وعلاقته بالوظائف التنفيذية لنسق تسيير الموارد البشرية، دراسة مقارنة لمؤسستين عامة وخاصة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم الاجتماع تنظيم وعمل، باتنة، 2011-2012.
2. بوقجاني جناة، أثر جودة الخدمات الصحية على درجة ولاء المرضى في مستشفى الأردنية (دراسة حالة)، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا الأردنية، 2010-2011.
3. الحاج عرابية، أثر ازدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفيات دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علوم التسيير تخصص تسيير عمومي، بسكرة، 2010-2011.

4. خالدي محمد، تمثلات السلطة لدى عمال الصناعة بالجزائر دراسة ميدانية بمؤسسة مانطال الصناعية بمدينة تلمسان، رسالة الماجستير في علم الاجتماع تنظيم وعمل، الجزائر، 2005-2006.
5. خروبي بزاره عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية خليف شلف، رسالة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر، 2010-2011.
6. الخوالدة ناصر عبد الكريم، تقييم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية دراسة ميدانية على عينة من المستفيدين، رسالة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع كلية الدراسات العليا، الأردن، 2006-2007.
7. سعودي على، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر، رسالة الماجستير في إطار مدرسة الدكتوراه دولة ومؤسسات عمومية، مدرسة الدكتوراه دولة ومؤسسات عمومية الدرجة 4، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 1، 2016-2017.
8. السعيد احمد شجاع، تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت، رسالة الماجستير في الإدارة للدراسات العليا، عمان العربية، 2007-2008.
9. كحيلة نبيلة، تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، رسالة الماجستير، تخصص تسيير الموارد البشرية، قسنطينة، 2008-2009.
10. مريزق عدمان، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، الجزائر، 2007-2008.
11. معاوي سامية، الثقافة التنظيمية والعلاقات الاجتماعية داخل المؤسسة الجزائرية- دراسة حالة بالمؤسسة المينائية لسكيدة، رسالة الماجستير في علم الاجتماع، عنابة، 2009-2008.
12. همام عبد المالك، توزيع السلطة بالمؤسسة الجامعية وعلاقتها بالاستقرار التنظيمي" دراسة ميدانية بجامعة الحاج لخضر باتنة"، رسالة الماجستير في علم الاجتماع تنظيم وعمل، 2013-2014.

• المجالات:

1. بديسي فهيمة، جودة الخدمات الصحية الخصائص الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد7، قسنطينة 2، 2011.
2. بن الشيخ حكيم، المنظومة الصحية في الجزائر خلال فترة الاحتلال الفرنسي للجزائر (1962-1830)، المجلة المغاربية للدراسات التاريخية والاجتماعية، العدد 5، جامعة الجلاي اليابس، الجزائر سيدي بلعباس، 2018.
3. الحاج عرابية و زرقون محمد، الصراع التنظيمي بين السلطات في المستشفيات: الاسباب والمشكلات نظرة على المعالجة القانونية للظاهرة على ضوء القانون الجزائري، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، العدد4، المركز الجامعي لتامنغست، 2013.
4. حسن صالح سليمان القضاة، مستوى رضى المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفيات الخاصة في العاصمة الاردنية عمان، حوليات الجزائر، ج2، العدد31، حوليات جامعة الجزائر 1، 2017.
5. دبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية "حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة"، مجلة الباحث، العدد 11، ورقلة، 2012.
6. سنوسي علي، اثر المتغيرات البيئية والفعالية التنظيمية على كفاءة اداء المستشفيات العمومية - دراسة حالة الجزائر، مجلة الحقيقة، العدد24، ادرار، 2013.
7. عرابية الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات، مجلة الباحث، العدد 7، ورقلة، 2009-2010.
8. عياد ليلي، مقارنة نظرية حول جودة الخدمات الصحية، مجلة الحقيقة، العدد27، الجزائر ادرار، 2010.
9. فلاق محمد وخرشي إسحاق، تفعيل ثقافة الجودة في المستشفيات الجزائرية " أنموذج مقترح" ، مجلة الدراسات المالية والمحاسبة والإدارية، العدد 7 ،جامعة ام لبواقي الجزائر، 2017.
10. قروي رفيق ، في سوسيولوجيا علاقات العمل ، مجلة الاداب والعلوم الاجتماعية، العدد 15، سطيف، 2، 2012.



11. كربوش عبد المجيد و حشماوي مختارية ، علاقات العمل والهوية المهنية لمستشار التوجيه - دراسة ميدانية بمركز التوجيه لمدينة معسكر ، المجلة المغاربية الاقتصادية والمناجمنت ، العدد 1 ، جامعة أبو بكر بلقاسم تلمسان الجزائر، 2017.
12. وفاء على سلطان، أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية محافظة البصرة، مجلة دورية نصف سنوية تصدر عن كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد 5، العدد 10، جامعة البصرة، 2013.
13. وفاء على سلطان، أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية محافظة البصرة، مجلة تصدر عن كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد 5، العدد 10، جامعة البصرة، 2013.

• الجرائد والقوانين:

1. ج ج د ش ، مرسوم تنفيذي رقم 11-121، المادة رقم 2، يتضمن القانون الاساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية ، ج ر، العدد 17، الصادرة في 20 مارس 2011.
2. ج ج د ش ، مرسوم تنفيذي رقم 73-65 ، المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية ، ج ر ، العدد 1، المؤرخ في 28-12-1973.
3. ج ج د ش ، المرسوم التنفيذي رقم 86-25، المادة رقم 06، يتضمن القانون الأساسي النموذج للمراكز الاستشفائية الجامعية ، ج ر ، عدد 06 ، الصادر في 11 فيفري 1986.
4. ج ج د ش ، مرسوم تنفيذي رقم 09-393 ، المادة رقم 20، يتضمن القانون الاساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية، ج ر، العدد 70، الصادرة في 24 نوفمبر 2009.
5. ج ج د ش، المرسوم التنفيذي رقم 97-467 ، المادة رقم 9، المحدد لقواعد إنشاء وتنظيم وتسيير المراكز الاستشفائية الجامعية، ج ر ، العدد 81، الصادرة في 02 ديسمبر 1997
6. ج ج د ش، وزارة الصحة والاسكان المنشور رقم 01 ، المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الاطعام والايواء داخل المستشفى، المؤرخ في 8 افريل 1995.

7. ج ج د ش، وزارة الصحة والسكان ، التعليمه الوزارية رقم 002 ، المتعلقة بالتكوين المتواصل لعمال الصحة ، المؤرخة في 18 فيفري 1998.
8. ج ج د ش ،جبهة التحرير الوطني، الدستور ،1976.
9. ج ج د ش ،جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني،1976 .
10. ج ج د ش ، الدستور ،1989.

• المواقع الالكترونية:

1. سامية عمارة، السياسة الصحية في الجزائر، الاستاذة سامية عمارة، قسم علم الاجتماع والديمغرافيه، جامعة الجزائر، ر 2 / 13.30 / 2018-10-8- / <https://platform.almanhal.com/Reader/2/111999/>

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

• الفرنسية:

1. Aliterature Review.An MBA Professional Report.Naval Postgraduate Schode.Monterey. California.2008.
2. Jean Michel Mourin,Précis de sociologie,Paris,Ed Nathan,1996,
3. Louls sallerron.le pouvoirdans.l'entreprise.clc.paris.1981.
4. Stebhen Robbins. Timothy Gudge . Comportents organizationnels.Pearson Education.France .2006.
5. Taylor .F.W ,La direction scientifique des entreprises , Dunod , Paris.
6. Thevenet M , Audit de la culture d'entreprise , Les Editions d'organisation, Paris, France, 1986.
7. Valérie boussard.sosiologie de la gestion.les faiseurs de performance .editions Eelin.coll."perspectives sociologiques " paris .2008.
8. Weber. M , Histoire économique : Esquisse d'une histoire universelle de l'économie de la société, Gallimard, 1992.

• الانجليزية:

1. Archier G.G Serieyx H : Pilotes du troisième type, Seuil, 1986.
2. Bernord Oladosu Omisore.Ph.D Augustina Nwaneka Nweke(Mrs). The Influence of Power and Politics in Organizations (Part1) .International Journal of Academic.
3. Biljana Rtkovic Njegvan, Characteristics and Types of Authority the Attitudes of young people.A Case Study.Sociologiai.vol43. no6.2011.
9. Biljana Rtkovic Njegvan, Characteristics and Types of Authority the Attitudes of young people.A Case Study.Sociologiai.vol43. no6.2011.
10. D.Martandale, The Nature and Types of Sociology of theory.
11. Jens G.Dahlgaard.Kai kristensen and Gopal K.Kanji. Fundamentals of Total Quality Management.Taylor Francis.2002.
12. Mayo .E. W : The Human Problems of an Industrial Civilisation, Macmillan, Londres, 1993.
4. Research in Business and Social Sciences.vol 4.No7.2014..

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة 1

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا

استمارة بحث حول :

توزيع السلطة وعلاقته بجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية

- دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بن فليس التهامي ، باتنة.

أطروحة مقدمة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث ل م د في علم الاجتماع تنظيم وعمل

بعد التحية

في إطار إعداد أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع تخصص تنظيم و عمل بعنوان " توزيع السلطة وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية " أضع بين يديك هذا الاستبيان ، لذا نرجو من سيادتكم المحترمة وضع علامة ( X ) في الخانة المناسبة مع اختيار إجابة واحدة فقط ، وفي حالة وجود أكثر من إجابة يرجى ترقيمها من أكثر أهمية إلى الأقل ، و نرجو من سيادتكم المحترمة الإجابة بكل موضوعية مع الإجابة على كل الأسئلة .  
إن إجاباتكم تمثل أهم المعلومات ونجاح البحث مرهون عليها، وأحيطكم علما أن هذه المعلومات تبقى سرية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي

وسوف يكون لتعاونكم معنا عظيم الأثر في النتائج التي نسعى إلى تحقيقها إن شاء الله.

تحت إشراف الدكتورة :

يحياوي مريم

إعداد الطالبة :

حدمر زينب

## المحور الأول : البيانات الشخصية

- 1- النوع الاجتماعي: ذكر  أنثى
- 2- وضعية العائلة: أعزب  متزوج  مطلق  أرمل
- 3- الرتبة: طبيب جراح  طبيب مختص  طبيب مقيم
- طبيب عام  طبيب داخلي  ممرض
- 4- الأقدمية: اقل من 10  من 10-20  أكثر من 20

**المحور الثاني :** بيانات حول الفرضية الأولى: إن مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار يعزز من قدرتهم على التأمين الفعال للخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (توسيع دائرة المشاركة والمشاورة في عملية اتخاذ القرار، تفويض السلطة بين ممارسي الصحة)

5- من يقوم بإعداد جدول المناوبات؟

- الأستاذ رئيس المصلحة  رئيس المصلحة  السكرتيرة  الإدارة العليا

أخرى تذكر: .....

6- هل تشارك في إعداد جدول المناوبات؟ نعم  لا

7- هل جدول مناوبتك قابل للنقاش؟ نعم  لا

\_ إذا كانت الإجابة نعم ما هي النقاط التي تناقشها؟ رتب اختياراتك إذا كانت أكثر من اختيار

- التوقيت النهاري  التوقيت الليلي  تقسم المهام

أخرى تذكر: .....

8- هل مشاركتك في إعداد جدول العمل تؤدي بك إلى المواظبة في العمل؟ نعم  لا

9- إذا واجهت مشكلة أثناء أداء عملك كيف يتصرف الأستاذ رئيس المصلحة؟

تكون المشكلة مع الأستاذ رئيس المصلحة  تكون المشكلة مع رئيس المصلحة  تكون المشكلة مع طبيب

يتخذ القرار دون الاستماع إليك  يتخذ القرار دون الاستماع إليك  يتخذ القرار دون الاستماع إليك

يستمتع اليك وبعد ذلك يتخذ قرار  يستمع اليك وبعد ذلك يتخذ قرار  يستمع اليك وبعد ذلك يتخذ قرار

10- هل أنت معني بمختلف اجتماعات المصلحة؟ نعم  لا

\_ إذا كانت الإجابة "نعم" ماذا يناقش فيها:

- ساعات العمل  طريقة المعاملة

- توزيع المهام  تقييم الانجازات المحققة
- تبادل المعارف والأفكار  مناقشة تعليمات وقرارات الإدارة
- طريقة تقييم الأداء مناقشة  وضع المريض وتطور حالته
- إيجاد حلول لمشاكل العمل  أخرى تذكر: .....
- 11- هل تتاح لك الفرصة من طرف المسؤول المباشر لإبداء الرأي في مصلحتك؟ نعم  لا
- \_ إذا كانت الإجابة "نعم" فأبداء رأيك يكون حول؟
- العلاج  التمريض  تسيير المصلحة  الموارد المادية
- الموارد البشرية  أخرى تذكر: .....
- 12- هل يستشريك مسئولك المباشر حول أمور المصلحة وكيفية تحسينها؟ نعم  لا
- 13- هل تعتبر تفويض السلطة لممارسي الصحة تنازلاً من المسؤول المباشر عن مهام؟ نعم  لا
- 14- هل يتم تفويض بعض المسؤوليات العمل لك؟ نعم  لا
- إذا كانت الاجابة نعم متى يتم ذلك :
- كل أمور العلاج وتشخيص  في أمور معينة من العلاج والتشخيص
- عند غياب المختص في تلك الحالة  نظراً لنقص المهني
- أخرى تذكر: .....
- 15- في رأيك هل يؤدي تفويض السلطة لممارسي الصحة إلى؟
- سرعة انجاز المهام(ادارة الوقت)  إبراز المهارات والقدرات
- تقليل العبء على الرئيس المباشر  تعزيز الثقة بين ممارسي الصحة
- تدريب على المهام الجديدة  أخطاء مهنية(عدم كفاءة المفوض بالمهمة)
- أخرى تذكر .....
- 16- هل تعتقد ان السلطة المفوضة لك كافية لاداء العمل المطلوب منك بجودة؟ نعم  لا
- إذا كانت الاجابة لا عدد المواقف التي تعرضت لها اثناء عملك ولم تكن لك السلطة الكافية لاداء عملك بجودة.....
- 17- هل تتعرض للمساءلة اثناء تأدية مهامك نعم  لا
- إذا كانت نعم حدد متى ذلك؟ باستمرار  اثناء جود خلل في العمل
- أخرى تذكر: .....

المحور الثالث بيانات حول الفرضية الثالثة : إن تقسيم العاملين وفق معايير موضوعية يفعل على نحو  
امتثل أداء الموارد البشرية وينميتها في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية ( حجم وتوقيت العمل وكيفية  
أدائه،العدالة في التقسيم)

- 18- من يقوم بتنظيم عملك ؟ الفريق هو المنظم  انا من انظم العمل بمفردى   
طبيب استاذ المحاضر  استاذ رئيس المصلحة  اخرى تذكر:.....
- 19- هل نظام ساعي للعمل يناسبك؟ نعم  لا
- 20- اشرح جدول عملك :.....
- 21- هل هو مناسب :نعم  لا
- اذا كانت الاجابة بنعم فهل هذا يرجع الى: -اذا كانت الاجابة بلا فهل هذا يرجع الى:  
اسباب شخصية  اسباب عائلية  انه متعب  انه مقلق   
اسباب مهنية  الطريقة التي فرض بها   
اخرى تذكر:..... اخرى تذكر:.....
- 22- في رأيك هل توجد عدالة في توزيعه للمناوبات النهارية ؟ نعم  لا   
\_ اذا كانت بلا فلماذا:.....
- 23- في رأيك هل توجد عدالة للمناوبات الليلية ؟ نعم  لا   
- اذا كانت بلا فلماذا:.....
- 24- ماذا تقترح حول مناوبات العمل لتؤدي عملك بجودة عالية ؟ .....
- 25- هل توجد عدالة توزيعية للمهام ؟ نعم  لا   
- لماذا:.....
- 26- ماذا تفضل : مناوبات نهارية  مناوبات الليلية
- 27- هل يتم انجاز المهام والاعمال مع فريقك بشكل جماعي ؟ نعم  لا
- 28- في رأيك هل العمل الجماعي مناسب لاداء المهام بجودة ؟ نعم  لا
- 29- في رأيك هل تقسيم العمل يحسن من جودة الخدمات الصحية المقدمة ؟ نعم  لا   
\_ اذا كانت الاجابة بنعم فهل تؤدي الى: - اذا كانت الاجابة ب لا فهل يؤدي الى:  
انجاز المهام بدقة  اختصار الوقت  انجاز المهام بدقة  اختصار الوقت   
تقليل من الجهد  عبئ العمل



اخري تذكر:.....  
اخري تذكر:.....

30- هل يتم تكليفك بمهام خارجة عن نطاق عملك الرسمي ؟ نعم  لا

اذا كانت الاجابة ب "نعم" فمن تكلفك بها: الادارة العليا  استاذ رئيس المصلحة

طبيب استاذ المحاضر  طبيب (الزملاء)  رئيس المصلحة  اخري تذكر:.....

31- هل الخدمات الصحية المقدمة من حيث النوعية تكون جيدة في: المناوبات النهارية  المناوبات الليلية

لماذا:.....

32- هل الخدمات الصحية المقدمة من حيث المعاملة تكون جيدة من في:

المناوبات النهارية  المناوبات الليلية

لماذا:.....

33- هل الخدمات الصحية المقدمة تكون اسرع في: المناوبات النهارية  المناوبات الليلية

لماذا:.....

34- ماهي الحلول التي تلجأ اليها لتقليل من ضغوطات العمل:

تغيب  عطلة دون اجر  تغيير المصلحة  تمارض

اقدم اقصى مالدي حتى ولو كان ذلك على حسابي  اقدم واجبي المهني فقط

أخري تذكر:.....

المحور الرابع : بيانات حول الفرضية الثالثة :إن تفعيل الاتصال في المؤسسة يساعد العاملين على

التكفل بشكل أحسن بالخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية) وقت وصول المعلومة

ودقتها ، الوسيلة الاتصالية المتبعة ،طبيعة العلاقة بين الممارسين لصحة )

35- هل تعد انت المصدر الاساسي للمعلومة في عملية العلاج  نعم  لا

36- من أين تتحصل على اهم المعلومات التي تحتاجها اثناء عملك ؟ (رتبها حسب اختيارك)

استاذ رئيس المصلحة  طبيب استاذ محاضر  رئيس المصلحة  الطبيب الزميل

المرضين  اخري تذكر:.....

37- كيف تبلغ بالمعلومات ؟

- نوع الوسيلة :اجتماع  مراسلة  شفوي  اخري تذكر:.....

- محتوى المعلومة : واضح ودقيق  يحتاج لشرح وتوضيح  اخري تذكر:.....

- من حيث التوقيت : في وقتها  متاخرة نوعا ما  اخري تذكر:.....

38- هل توجد اشاعات في مصلحتك؟ نعم  لا

- اذا كانت نعم هل هذا راجع الى:

عدم وصول المعلومة في وقتها  تعدد مصادر المعلو  سوء العلاقة في المصلحة   
احتكار المعلومة اخرى تذكر:.....

39- وهل أثرت تلك الاشاعات على جودة ادائك لعملك؟ نعم  لا

\_ اذا كانت الاجابة نعم كيف ذلك؟

قلق وارباك  عدم اداء عمك في الوقت المناسب  عدم اداء عمك بكيفية المناسبة   
فوضى في العمل  اخرى تذكر:.....

40- هل ترى ان هناك سهولة للاتصال بين مختلف المصالح؟ نعم  لا

41- في رأيك ماهي صعوبات عملية الاتصال المتواجدة في مصلحتك بين ممارسي الصحة (رتبها):

الاستخدام السلبي لوسائل الاتصال  الاشاعات   
عدم مراعاة لغة المستقبل  عدم مراعات نفسية المستقبل   
عدم مراعات ثقافة وقيم المريض  اخرى تذكر:.....

42- كيف تقيم تواصلك مع:

الاستاذ رئيس المصلحة	جيد <input type="checkbox"/>	مرضي <input type="checkbox"/>	سيئ <input type="checkbox"/>
طبيب استاذ محاضر	جيد <input type="checkbox"/>	مرضي <input type="checkbox"/>	سيئ <input type="checkbox"/>
رئيس المصلحة	جيد <input type="checkbox"/>	مرضي <input type="checkbox"/>	سيئ <input type="checkbox"/>
الاطباء	جيد <input type="checkbox"/>	مرضي <input type="checkbox"/>	سيئ <input type="checkbox"/>
المرضى	جيد <input type="checkbox"/>	مرضي <input type="checkbox"/>	سيئ <input type="checkbox"/>
المرضى ومرافقيهم	جيد <input type="checkbox"/>	مرضي <input type="checkbox"/>	سيئ <input type="checkbox"/>

43- هل تتحاور مع المريض عن تطورات حالته الصحية نعم  لا

- اذا كانت الاجابة ب"نعم" فهل تتحاور معه ب: اللغة العربية  الفرنسية  معا   
- اذا كانت الاجابة بلا فلماذا لا تتحاور معه.....

44- هل انت على استعداد دائم للمساعدة والاستجابة لمتطلبات المرضى؟ نعم  لا

- لماذا:.....

45- ما تقييمك لجودة ادائك: جيد جد  جيد  متوسط  ضعيف

46- في رأيك هل الخدمات الصحية المقدمة تتلاءم مع احتياجات المريض؟ نعم  لا

شكرا جزيلآ على تعاونكم .

دليل المقابلة الخاص برؤساء المصالح ( الأستاذ رئيس المصلحة - رئيس المصلحة)

- 1- ما هي طبيعة عملك داخل المصلحة إداري أو ممارس صحة؟
- 2- ما هي أهم القرارات التي تتخذها بحكم منصبك؟ وهل تتخذها بصفة فردية أم جماعية؟
- 3- هل ترى انه يجب إشراك ممارسي الصحة في اتخاذ القرارات؟
- 4- ما هي أهم المواضيع التي تشاور فيها ممارسي الصحة قبل اتخاذ القرارات حولها؟
- 5- ما هي الأمور التي تفوض فيها السلطة لممارسي الصحة؟
- 6- كيف يتم توزيع المهام في مصلحتك بين ممارسي الصحة من حيث حجم وتوقيت العمل وتقسيم المهام؟
- 7- هل هناك معارضات حول حجم وتوقيت العمل وتقسيم المهام من طرف ممارسي الصحة؟
- 8- اشرح الأساليب التي تتبعها في إيصال المعلومات لممارسي الصحة مع تحديد نوع المعلومات المرسله لكل صنف من ممارسي الصحة؟
- 9- كيف تقيم تواصلك مع كل صنف من ممارسي الصحة (جيد، مرضي، سيئ)؟
- 10- ما هي أهم الصعوبات التي تواجهك أثناء تواصلك مع ممارسي الصحة؟

دليل المقابلة الخاص بالمرضى

- 1- هل يتم شرح حالتك الصحية ومن طرف من ؟
- 2- هل يتواجد الأطباء والمرضىين دائماً؟
- 3- ما تقييمك لجودة الخدمات الصحية من حيث (السرعة والمعاملة والفعالية) في المناوبيين النهارية والليلية ؟
- 4- كيف هي علاقاتك مع الأطباء والشبه طبيين ورؤساء المصالح ؟
- 5- هل يستجيب الأطباء والمرضىين لطلبك لمساعدة او لاستفساراتك حول حالتك ؟
- 6- هل انت راض من الخدمة في هذه المصلحة وهل انت مرتاح فيها؟
- 7- ماهي الوضعية التي ازعجتك والتي يجب تغييرها ؟

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de La Recherche Scientifique

Université – BATNA 01-

Faculté des Sciences Humaines et  
Sociales

DEPARTEMENT SCIENCES  
SOCIALES



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة - باتنة 01-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

الرقم: 2018/ 322

إلى السيد: مدير المركز الاستشفائي الجامعي باتنة

## الموضوع: ترخيص للقيام بزيارة ميدانية

يسر نائب العميد المكلف بالدراسات العليا أن يتقدم إلى سيادتكم المحترمة بطلب الترخيص للطالبة: زينب حذمر قصد تحضير أطروحة دكتوراه ل م د تخصص: علم الاجتماع التنظيم و العمل للقيام بزيارات ميدانية في إطار البحث العلمي قصد مساعدته على إنجاز الجانب الميداني لأطروحة الدكتوراه الموسومة بـ "توزيع السلطة في المؤسسة الاستشفائية و علاقته بجودة الخدمات الصحية"

تقبلوا منا سيدي فائق التقدير والتحية.

باتنة في: 2018/05/28

نائب العميد

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي - باتنة -

مديرية الموارد البشرية  
المديرية الفرعية للتكوين والوثائق  
مكتب التكوين  
المراجع: 61...م.م.ف.ت.و. 2018

مقرر ترخيص للمترشحين

بناء على المراسلة الواردة من: جامعة باتنة 04 -

المورخة في: 28/01/2018  
مصلحة: مختلف المصالح المعنية بالموضوع  
اختصاص: علم الاجتماع

ونظرا لموافقة السيد (ة) رئيس المصلحة: مختلف المصالح

يقرر

المادة الأولى: (هـ) ترخيص السيد (ة):  
01: زينب حداد  
02:  
03:  
04:  
05:  
06:  
07:  
08:

بصفتهم مترشحين بمصلحة: مختلف المصالح لمدة: 15 يوما  
من: 28/01/2018 إلى غاية: 10/06/2018

المادة الثانية: لا تتحمل المؤسسة أي أعباء مادية أو قانونية ويقع التكفل على عاتق المؤسسة الأصلية.

باتنة في: 04/01/2018

المدير الفرعي للتكوين والوثائق  
ومسؤول الأقسام الملحقة



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
المركز الاستشفائي الجامعي بن قليس التهامي - باتنة -

مديرية الموارد البشرية  
المديرية الفرعية للتكوين والوثائق  
مكتب التكوين  
المرجع: 65...م.ف.ت.و.ا. 2018

مقرر ترخيص للمتربص

بناء على المراسلة الواردة من: جامعة بن قليس التهامي

المؤرخة في: 19/06/18 والمضمن طلب ترصيد: 20 يومياً  
مصلحة: مختلف المصالح المعنية بالموضوع  
أخصاص: عمل الاحتجاج

ونظراً لموافقة السيد (ة) رئيس المصلحة: مختلف المصالح

يقرر

- المادة الأولى: (ب) ترخص السيد (ة): زيد حمص 05  
06 02  
07 03  
08 04

صفتهم مترصدون بمصلحة: مختلف المصالح لمدة: 20 يومياً  
من: 19/06/18 إلى غاية: 19/07/18

المادة الثانية: لا تتحمل المؤسسة أي أتعاب مادية أو قانونية ويقع التكفل على عاتق المؤسسة الأصلية.

باتنة في: 24 جوان 2018

المدير الفرعي للتكوين والوثائق  
ومسؤول الأقسام الملحقة





الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieure

Et de La Recherche Scientifique

Université – BATNA 01-

Faculté des Sciences Humaines et  
Sociales

DEPARTEMENT SCIENCES  
SOCIALES



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة - باتنة 01-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

الرقم: 2018/ 322

الى السيد: مدير المركز الاستشفائي الجامعي باتنة

## الموضوع: ترخيص للقيام بزيارة ميدانية

يسر نائب العميد المكلف بالدراسات العليا أن يتقدم إلى سيادتكم المحترمة بطلب الترخيص للطالبة: زينب حذمر قصد تحضير أطروحة دكتوراه ل م د تخصص: علم الاجتماع التنظيم و العمل للقيام بزيارات ميدانية في إطار البحث العلمي قصد مساعدته على إنجاز الجانب الميداني لأطروحة الدكتوراه الموسومة بـ " توزيع السلطة في المؤسسة الاستشفائية و علاقته بجودة الخدمات الصحية"

تقبلوا منا سيدي فائق التقدير والتحية.

باتنة في: 2018/06/18

نائب العميد

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de La Recherche Scientifique  
Université – BATNA 01-  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.  
جامعة الحاج لخضر – باتنة.  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الرقم: 06/2018

باتنة في: 09 ديسمبر 2018

## ترخيص لإجراء تدريب ميداني

يرخص للطالبة: " حدمرزقب " فرع " علم الاجتماع " تخصص " تنظيم وعمل " المسجلة في

السنة الخامسة " دكتوراه ل م د " لإجراء تدريب ميداني ( زيارة ميدانية للمستشفى الجامعي - باتنة )

وذلك في إطار اتمام أطروحة الدكتوراه الموسومة بـ " توزيع السلطة وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية " .

نائب العميد للدراسات العليا



نائب عميد طلبة العلوم الإنسانية والاجتماعية  
عبد الباقى بن بوزيد  
باتنة في: 09 ديسمبر 2018  
أبو السعكك محمد القاسم

## الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي - باتنة -

مديرية الموارد البشرية

المديرية الفرعية للتكوين والوثائق

مكتب التكوين

المرجع: .../...م.ف.ت.و. 2018

### مقرر ترخيص للمتربين

بناء على المراسلة الواردة من جامعة الحاج لخضر باتنة - كلية العلوم الإنسانية

المورخة في 2018/12/09 و تتضمن طلب ترخيص لمدة 15 يوما

مصححة: مختلف المصالح المعنية بالموضوع

اختصاص: علم الاجتماع

ونظرا لموافقة السيد (ة) رئيس المصححة: مختلف المصالح

### يقرر

المادة الأولى: (ي) ترخص السيد (ة) : حدمرزيب

بصفتهم مترشحات بمصححة مختلف المصالح المعنية بالموضوع لمدة 15 يوما

من: 2018/12/17 إلى غاية 2018/12/31

المادة الثانية: لا تتحمل المؤسسة أي تعاقب مادية أو قانونية ويقع التكفل على عاتق المؤسسة الأصلية.

باتنة في: 13.12.2018

المدير الفرعي للتكوين والوثائق

ومسؤول الأقسام الملحقة





REPUBLICQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

MINISTÈRE DES FINANCES

1 DEC 2007

**ARRÊTÉ INTERMINISTÉRIEL DU  
PORTANT CRÉATION ET/ OU RÉGULARISATION DE SERVICES HOSPITALO- UNIVERSITAIRES  
ET DE LEURS UNITÉS CONSTITUTIVES AU SEIN DU CHU BATNA**

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,  
Le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique,  
Le Ministre des Finances,

- Vu le décret présidentiel n°07-173 du 26 Joumada El Aoula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement,
- Vu le décret exécutif n° 94-260 du 19 Rabie El Aouel 1415 correspondant au 27 août 1994 fixant les attributions du Ministre chargé de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;
- Vu le décret exécutif n°06 07 du 15 ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 fixant les attributions du Ministre chargé des Finances ;
- Vu le décret exécutif n° 96-66 du 07 ramadhan 1416 correspondant au 17 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre chargé de la Santé ;
- Vu le décret exécutif n° 97-467 du 02 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;
- Vu l'arrêté interministériel n° 82 / MSP du 29 août 1995 portant création et/ ou régularisation des services hospitalo universitaires et de leurs unités constitutives au sein du CHU Batna;

**- ARRETEMENT -**

- Article 1er :** Le présent arrêté a pour objet la création et/ou la régularisation des services hospitalo universitaires et de leurs unités constitutives au sein du Centre Hospitalo Universitaire de Batna.
- Article 2er :** Les centres hospitalo universitaires relevant du CHU Batna leurs unités constitutives et leur capacité technique sont fixés en annexe du présent arrêté.
- Article 3 :** Toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté sont abrogées.
- Article 4 :** Madame la Secrétaire Générale du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, et Messieurs les Secrétaires Généraux, du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et du Ministère des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

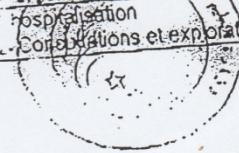
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

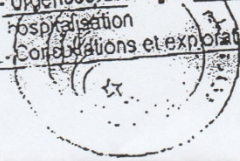
MINISTÈRE DES FINANCES



MEDECINE DU TRAVAIL		1- Examens Préventifs et Santé au Travail 2- Pathologies Professionnelles
NEUROCHIRURGIE	20	1- Opératoire et post Opératoire 2- Hospitalisation
OPHTALMOLOGIE	40	1- Opératoire et post Opératoire 2- Hospitalisation Hommes 3- Hospitalisation Femmes
PEDIATRIE	60	1- Grand Enfant 2- Néonatalogie 3- Consultations
NEPHROLOGIE- HEMODIALYSE	40	1- Hospitalisation Hommes 2- Hospitalisation Femmes 3- Hémodialyse
RADIOLOGIE		1- Radiologie 2- Scannographie 3- Remnographie
REEDUCATION FONCTIONNELLE		1- Hospitalisation 2 Consultations
URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES	24	1- Accueil et mise en observation 2- Urgences Chirurgicales
UROLOGIE	20	1- Hospitalisation 2- Consultations et explorations



MEDECINE DU TRAVAIL		1- Examens Préventifs et Santé au Travail 2- Pathologies Professionnelles
NEUROCHIRURGIE	20	1- Opératoire et post Opératoire 2- Hospitalisation
OPHTALMOLOGIE	40	1- Opératoire et post Opératoire 2- Hospitalisation Hommes 3- Hospitalisation Femmes
PEDIATRIE	60	1- Grand Enfant 2- Néonatalogie 3- Consultations
NEPHROLOGIE- HEMODIALYSE	40	1- Hospitalisation Hommes 2- Hospitalisation Femmes 3- Hémodialyse
RADIOLOGIE		1- Radiologie 2- Scannographie 3- Remnographie
REEDUCATION FONCTIONNELLE		1- Hospitalisation 2- Consultations
URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES	24	1- Accueil et mise en observation 2- Urgences Chirurgicales
UROLOGIE	20	1- Hospitalisation 2- Consultations et explorations



OMIS

SANU  
 Detelwa

- Neuro
- Matello F
- En do Supi
- Offis Dent
- Stamento

الملحق رقم (8)

قائمة المحكمين :

الرقم	الاسم واللقب	التخصص	المؤسسة
01	أ.د. / علاء زهير الرواشدة	علم الاجتماع	جامعة البلقاء (الأردن)
02	أ.د. / مقراني أنور	علم الاجتماع	جامعة سطييف
03	د / امقران عبد الرزاق	علم الاجتماع	جامعة سطييف
04	د / دباب زاهية	علم الاجتماع	جامعة بسكرة
05	د / بولفلافل إبراهيم	علم الاجتماع	جامعة جيجل
06	د / قرزيز محمود	علم الاجتماع	جامعة جيجل
07	أ / عبد المومن فؤاد	علم الاجتماع	جامعة باتنة 1



## ملخص الدراسة:

تعالج الاطروحة ظاهرة توزيع السلطة وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية، ويظهر توزيع السلطة داخل المؤسسة الاستشفائية في عدة أبعاد أبرزها المشاركة في اتخاذ القرارات، و تقسيم العمل، وتفعيل عملية الاتصال التنظيمي ، و تعد هذه الظاهرة ظاهرة تنظيمية معقدة وبالغة الأهمية ، فهي عامل مهم لتحسين الجودة في الخدمات الصحية المقدمة

من خلال هذه الدراسة نسعى الى تحقيق هدف أساسي يتمثل في الكشف عن العلاقة بين توزيع السلطة وجودة الخدمات الصحية، وفي هذا السياق انطلقت الدراسة الحالية من تساؤل رئيسي مفاده هل هناك علاقة بين توزيع السلطة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية محل الدراسة؟

للإجابة على التساؤل المطروح وبالاستناد الى نتائج دراسات سابقة تم طرح الفرضيات التالية:

- إن مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار يعزز من قدرتهم على التأمين الفعال للخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (توسيع دائرة المشاركة والمشاورة في عملية اتخاذ القرار، تفويض السلطة بين لممارسي الصحة)
- إن تقسيم العمل وفق معايير موضوعية يفعل على نحو أمثل أداء الموارد البشرية وينميها في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (طريقة العمل، تنظيم وحجمه العمل، العدالة في التقسيم المناوبات والمهام)
- إن تفعيل التواصل في المؤسسة يساعد العاملين على التكفل بشكل أحسن بالخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (وقت وصول المعلومة ودقتها، الوسيلة الاتصالية المتبعة، طبيعة العلاقة بين الممارسين لصحة).

ولتحقيق الهدف تم اجراء دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس توهامي باتنة، على عينة حصرية بلغ مفرداتها 88 مفردة تم اختيارهم تارة قصديا وعرضيا تارة اخرى، كما تم الاستعانة في رسم خطوات الدراسة على المنهج الوصفي للوصول الى تحقيق الهدف، وهذا لوصف الظاهرة محل الدراسة ومحاولة تحليل وتفسير البيانات، تماشيا مع طبيعة المنهج تم الاعتماد على جملة من الأدوات البحثية تمثلت في الاستمارة كأداة أساسية والمقابلة والملاحظة كأداة ثانوية مساعدة.



وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج العامة والجزئية انطلاقاً من توزيع السلطة كمفهوم ارتكازي، نذكر أهمها:

- أن مشاركة ممارسي الصحة في عملية اتخاذ القرار يعزز من قدرتهم على التأمين الفعال للخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (توسيع دائرة المشاركة عملية اتخاذ القرار، تفويض السلطة بين لممارسي الصحة)
- أن تقسيم العمل وفق معايير موضوعية يفعل على نحو أمثل أداء الموارد البشرية وينميها في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (طريقة العمل، تنظيم وحجمه العمل، العدالة في التقسيم)
- أن تفعيل التواصل في المؤسسة يساعد العاملين على التكفل بشكل أحسن بالخدمات الصحية في المؤسسة من خلال المؤشرات التالية (وقت وصول المعلومة ودقتها، الوسيلة الاتصالية المتبعة، طبيعة العلاقة بين الممارسين لصحة).

## **Study Summary:**

This study is part of socio-medical research and studies " medical sociology " , which deals with the distribution of power and its relation to the quality of health services. The distribution of power within the hospital is manifested in several dimensions, most notably participation in decision making, division of labor, and activation of the process of organizational communication. This phenomenon is a complex and important regulatory phenomenon, It an important factor for improving the quality of health services provided

through this study we seek to uncover the relationship between the distribution of power and the quality of health services and in this context, the current study is based on a main question: Is there a relationship between the distribution of power and the quality of health services in the public hospital under study?

To answer the question posed and based on the results of previous studies, the following hypotheses were put forward

- The participation of health practitioners in the decision-making process enhances their ability to effectively insure the health services in the public hospital through the following indicators (expanding participation and consultation in the decision-making process, delegation of authority among health practitioners)

- The division of labor according to objective criteria optimally activates the performance of human resources and develops them in the institution through the following indicators (method of work, organization and size of work, justice in the division of shifts and tasks)

- The activation of communication in the organization helps employees to better ensure the health services in the institution through the following indicators (time of arrival and accuracy of the information, communication method used, the nature of the relationship between health practitioners).

In order to achieve the objective, a field study was conducted at the University Hospital Center, Benflis Tohami Batna, on a sample of 88 vocabulary items that were selected intentionally and randomly. We also used the descriptive approach to achieve the objective, this is to describe the phenomenon under study and to attempt to analyze and interpret the data. In line with the nature of the curriculum, a number of research tools were adopted, which were represented in the form as a basic tool, interview and observation as a secondary auxiliary tool.

The study has reached a set of general and partial results from the distribution of power as a concept, most notably;

- The participation of health practitioners in the decision-making process enhances their ability to effectively insure the health services in the institution through the following indicators (expansion of participation decision-making, delegation of authority among health practitioners)

- The division of labor according to objective criteria optimally activates the performance of human resources and develops them in the institution through the following indicators (method of work, organization and size of work, justice in the division of shifts and tasks)

- The activation of communication in the organization helps employees to better ensure the health services in the institution through the following indicators (time of arrival and accuracy of the information, communication method used, the nature of the relationship between health practitioners).