



Ziane achour university of Djelfa  
Social and human sciences faculty  
Sociology and demography department



## ***Human resources requirements for quality health care services in the Algerian public hospital***

(An applied study in the public hospital of Djelfa)

This study is presented to acquire the doctoral degree in  
sociology – organization and labour –

**Prepared by :**  
Hermas Mohamed

**Under the supervision of :**  
Professor Bekai Miloud

### **Members of Jury**

N°	Full Name	Grade	Work Place	Fuction
1	Belarbi mhamed	Professor	University of Djelfa	President
2	Bekai Miloud	Professor	University of Djelfa	Supervisor and Reporter
3	Draifal saida	Lecture Professor- A-	University of Djelfa	Examiner
4	Nouri Mohamed	Professor	University of Laghouat	Examiner
5	Benaissa Lazhari	Lecture Professor- A-	University of Laghouat	Examiner

**The academic year : 2020/2021**

جامعة زيان عاشور الجلفة



كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا

# متطلبات الموارد البشرية لجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية

(دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة)

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه علوم

في علم الاجتماع - تنظيم و عمل -

إشراف الأستاذ:

الميلود بكاي

إعداد الطالب:

محمد هرماس

لجنة المناقشة:

رقم	الإسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الإلتناء	الصفة
1	بلعربي امحمد	أستاذ	جامعة الجلفة	رئيساً
2	بكاي ميلود	أستاذ	جامعة الجلفة	مشرفاً ومقرراً
3	دريفل سعيدة	أستاذ محاضر -أ-	جامعة الجلفة	ممتحناً
4	النوري محمد	أستاذ	جامعة عمار ثلجي الأغواط	ممتحناً
5	بن عيسى الأزهاري	أستاذ محاضر-أ-	جامعة عمار ثلجي الأغواط	ممتحناً

السنة الجامعية

2021/2020 الموافق لـ : 1441/1442هـ

# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدِيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحاً تَرْضَاهُ  
وَأَدْخُلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ " سورة النمل(19) صدق الله العظيم

## شكر وتقدير

الحمد و الشكر لله تعالى عز وجل الذي أعانني على إنجاز هذه الرسالة المتواضعة بعد أن  
خطوت خطوات شاقة على درب العلم مكللة بالمتاعب والمصاعب. أتقدم بجزيل الشكر  
والامتنان لأصحاب الفضل في إنجاز هذا العمل ووضعه بشكله النهائي.

وأخص بالشكر والتقدير للمشرف على هذه الرسالة الأستاذ الدكتور ميلود بكاي فكان منبعاً  
لا ينضب بالعباء والتوجيهات والخبرة، وكان منارا استهديت به من خلال ما بذله من جهود  
قيمة، وكان خير مثال للتواضع في التعامل، فله مني وافر الشكر والتقدير والاحترام. و  
أتوجه بشكري واحترامي لأعضاء مخبر استراتيجيات الوقاية ومكافحة المخدرات في الجزائر  
لما قدموه من مساعدات وتسهيلات وتعاون؛ وعلى رأسهم الأستاذ الدكتور بن شريك عمر.  
وأتقدم بخالص شكري وتقديري لأعضاء لجنة المناقشة الكرام الذين تكرموا بقبول المشاركة  
في مناقشة هذه الرسالة وتقديم الملاحظات القيمة والثمينة. فلهم مني فائق الشكر لجهودهم  
المبذولة.

وأتقدم بالشكر والتقدير إلى د. جليخي بلقاسم الذي أشرف على التدقيق اللغوي للرسالة فله  
مني جزيل الشكر والإحترام على جهوده المبذولة. وأتقدم بالشكر والتقدير للمشرف على  
الاحصاء د. عبدالمجيد بكاي على جهوده المبذولة القيمة فله مني جزيل الشكر والاحترام.  
كما أتقدم بالشكر والامتنان لكل من ساعدني في إتمام هذه الرسالة وذلك لي العقبات، وإلى  
الطبيين الرائعين يونسى سليم و خنيش محمد مالك.

وإلى أحباب العلم والمعرفة مسيري مكتبة العلوم الاقتصادية وأخص بالذكر بلقصة مصطفى  
وإلى أعضاء الهيئة الإدارية لمستشفى الجلفة، والفرق الطبية والشبه الطبية عينة هذه الدراسة  
لما قدموه من معلومات وآراء قيمة أغنت الرسالة. فلهم مني جزيل الشكر والاحترام والتقدير.

# إِهْدَاء

الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله ومن لم يشكر المُنعم من المخلوقين لم يشكر الله عز وجل «

- إلى روح والدي الطاهرة - رحمّه الله - ورزقه الجنّة والدرجة الرفيعة؛
- إلى التي أهدتني حبها وحنانها وقدمت إلي زهرة شبابها، إلى التي كانت سندا قوي لي في أحلك الظروف وأقسى المحن، إلى أطيّب وأرق قلب في هذا الوجود أمي أطال الله عمرها وأدام عافيتها؛ هكذا كان إهدائي لها قبيل أيام لكتّها اليوم أفضت إلى ربّها إلى جنة الخلد والدرجة الرفيعة، فقد فارقتنا بجسدها، ولكن روحها ما زالت تُرفرف في سماء حياتي؛
- إلى زوجتي الصالحة الأصيلة التي ذللت لي الصعاب ووفرت لي الجو الملائم؛
- إلى من أشد بهم أزري إخوتي: الطيب، مسعودة، عبدالقادر، و أولادهم؛
- إلى الذين لا أجد معنى للحياة إلا بوجودهما: محسن، ياسين؛
- إلى المرأة الصالحة المحبة لأهل الخير والعلم وخاصته: عماري الحاجة أم الخير؛
- إلى من وقف معي في شدتي ورخائي خير الأصحاب: بوعبدلي أحمد، بوزيدي لخضر عطري علي، شتوح عبد العزيز، جليخي لخضر...؛
- إلى كل شهداء الواجب من الجيش الأبيض، وأخص بالذكر: مكاوي عطية، كسار سفيان، بقّة مخلوف... مغفرة من الرحمان الرحيم عرضها السموات والأرض.
- إلى كل السائرين على درب طلب العلم؛
- إلى كل الساهرين على راحة المريض؛
- إلى كل من أحب الله وهذا الوطن؛
- إلى فلسطين الجريحة؛

**أهدي ثمرة جهدي؛**

## فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	تشكرات.
	الإهداء
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
أ-ج	مقدمة
	<b>الفصل الأول: الإطار العام للدراسة</b>
2	تمهيد
3	أولاً: الإشكالية
8	ثانياً: فرضيات الدراسة
10	ثالثاً: أهمية الدراسة
10	رابعاً: أهداف الدراسة
11	خامساً: أسباب إختيار الموضوع
12	سادساً: تحديد المفاهيم
20	سابعاً: الدراسات المشابهة
35	ثامناً: الاقتراب السوسولوجي
38	خلاصة الفصل
	<b>الفصل الثاني: سوسولوجيا الموارد البشرية في المنظمة</b>
40	تمهيد
41	أولاً: مفهوم وتطور الموارد البشرية في التنظيم
42	1-تعريف إدارة الموارد البشرية
47	2-المراحل التاريخية لتطور إدارة الموارد البشرية
53	ثانياً: أهمية وأهداف الموارد البشرية في التنظيم
53	1- أهمية الموارد البشرية في التنظيم

55	2-أهداف الموارد البشرية في التنظيم
56	ثالثا: السلوك والفعل الاجتماعي في النظرية السيكو- سوسولوجية
57	1- السلوك والدافعية في التنظيم منظور سيكولوجي
66	2- الفعل الاجتماعي في النظرية السوسولوجية في التنظيم
85	خلاصة الفصل
	<b>الفصل الثالث: سوسولوجيا الأداء لصناعة التميز في التنظيم</b>
88	تمهيد
89	أولا: الحوافز وصناعة الرضا
89	1- مفهوم الحوافز
91	2- أهمية الحوافز
93	3- أنواع الحوافز
95	ثانيا: التكوين وصناعة التميز في الأداء
95	1- مفهوم التكوين
99	2- فوائد التكوين
100	3- أنواع التكوين
101	ثالثا: من المرافقة إلى المراقبة ( الرقابة التنظيمية )
101	1- مفهوم الرقابة التنظيمية
104	2- أهمية الرقابة التنظيمية
105	3- مراحل وأنواع الرقابة الإدارية
111	4- خصائص النظام الرقابي الفعال
113	رابعا: الثقافة التنظيمية ( ثقافة الجودة )
113	1- مفهوم الثقافة التنظيمية
118	2- أهمية الثقافة التنظيمية
119	3- عناصر ومصادر الثقافة التنظيمية
121	4- خصائص الثقافة التنظيمية
123	خلاصة الفصل

	الفصل الرابع: سوسيولوجيا جودة الخدمات الصحية
126	تمهيد
127	أولاً: الصحة من منظور سوسيولوجي
128	1- مفاهيم متعلقة بالصحة
133	2- المرض
138	3- الصحة والمرض في النظرية السوسيولوجية
142	ثانياً: المؤسسات الصحية من منظور سوسيولوجي
142	1- مفهوم المستشفى
145	2- وظائف المستشفى
148	3- أقسام المستشفى
149	ثالثاً: الفاعلون في الخدمة الإستشفائية والأداء الوظيفي
149	1- العلاقات الإجتماعية لمقدمي الخدمات في المستشفى
150	2- بناء السلطة وتقسيم العمل في المستشفى
152	3- الأداء المهني لمقدمي الخدمات في المستشفى
155	رابعا: سوسيولوجيا الخدمة الصحية
155	1- مفهوم الخدمة الصحية
156	2- أنواع الخدمات الصحية
157	3- مستويات الخدمات الصحية
160	4- ضوابط و كفايات الخدمات الصحية ومقوماتها
162	خامساً: سوسيولوجيا جودة الخدمة الصحية
163	1- مفهوم جودة الخدمة الصحية
167	2- أهداف جودة الخدمات الصحية
168	3- أبعاد جودة الخدمة الصحية
173	4- تقييم و قياس جودة الخدمات الصحية
177	5- العوامل المؤثرة في تحقيق جودة الخدمة الصحية وسبل مراقبتها
182	خلاصة الفصل

	<b>الفصل الخامس: إقتراب سوسيوولوجي للخدمات الصحية في الجزائر</b>
185	تمهيد
186	أولاً : مدخل مفاهيمي في النظام الصحي
186	1- مفهوم النظام الصحي
187	2- مكونات النظام الصحي
187	3- أهداف النظام الصحي
188	4- العوامل المؤثرة في النظام الصحي
190	ثانياً: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
190	1- مرحلة الحماية العثمانية
191	2- مرحلة الاستعمار الفرنسي 1830-1962
196	3- مرحلة ما بعد الاستقلال
211	ثالثاً: سير التنظيم الصحي في الجزائر
211	1 - الهياكل التنظيمية للقطاع الصحي في الجزائر
218	2- الموارد البشرية والمالية
226	رابعاً: معوقات الخدمة الصحية في الجزائر
236	خلاصة الفصل
	<b>الفصل السادس: إجراءات الدراسة</b>
239	تمهيد
240	أولاً: مجالات الدراسة
240	1- المجال المكاني
251	2-المجال الزمني
254	3-المجال البشري
255	ثانياً: المجتمع الأصلي للدراسة وعينته
255	1- المجتمع الأصلي للدراسة
255	2-عينة الدراسة
256	ثالثاً: المنهج المستخدم في الدراسة



256	رابعاً: أدوات جمع البيانات
256	1-الاستمارة
258	2- صدق أداة الدراسة
270	خامساً: تحليل البيانات الشخصية للمبحوثين
270	متغير الجنس
272	متغير السن
273	متغير الوظيفة
275	متغير الحالة العائلية
276	متغير السنوات العمل
277	خلاصة الفصل
	<b>الفصل السابع: عرض وتحليل بيانات ونتائج الدراسة</b>
279	تمهيد
280	أولاً: عرض ومناقشة نتائج محور جودة الخدمة الصحية
315	ثانياً: عرض ومناقشة نتائج محور الحوافز وارتباطه بنتائج جودة الخدمة الصحية
348	ثالثاً: عرض ومناقشة نتائج محور التكوين وارتباطه بنتائج جودة الخدمة الصحية
373	رابعاً: عرض ومناقشة نتائج محور الرقابة التنظيمية وارتباطه بنتائج جودة الخدمة الصحية
406	خامساً: عرض ومناقشة نتائج محور الثقافة التنظيمية وارتباطه بنتائج جودة الخدمة الصحية
430	استخلاص النتائج العامة للدراسة
434	الخاتمة
437	توصيات ومقترحات
444	قائمة المراجع
	الملاحق
	ملخص الدراسة

## فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول
188	الجدول (01) يوضح تعداد الطواقم الطبية (الجزائرية والاجنبية سنة 1966)
191	الجدول (02) يوضح انخفاض نسبة وفيات الأطفال 1962-1980
193	الجدول (03) يوضح زيادة عدد الهياكل الصحية 1979-1989
194	الجدول (04) يوضح تزايد عدد الأطباء والممرضين 1979-1989
196	الجدول (05) يوضح تزايد الموارد البشرية والهياكل الصحية 1979-1989
199	الجدول (06) يوضح زيادة أمل الحياة من سنة 2000 إلى 2017
199	الجدول (07) نسبة وفيات المواليد لكل مئة ألف ولادة 1980-2010
200	الجدول (08) يوضح تطور نسبة وفيات الأقل من 05 سنوات
206	الجدول (09) يوضح التزايد القليل لعدد المستشفيات في الجزائر من سنة 1962-2012
207	الجدول (10) يوضح تزايد عدد الهياكل الصحية 1995-2012
208	الجدول (11) يوضح تزايد عدد المستشفيات الاختصاصية 1997-2012
208	الجدول (12) يوضح عدد ونوعية تخصصات المؤسسات الاستشفائية EHS في الجزائر لسنة 2019
211	الجدول (13) تطور عدد الممارسين الطبيين في القطاع الصحي بالجزائر من 1995-2004
212	الجدول (14) تشكيلة شبه الطبيين في الجزائر من 1991-2004
213	الجدول (15) تشكيلة الإداريين ، التقنيين وعمال المصالح في الجزائر من 1962-2005
214	الجدول (16) تطور مؤشر التغطية الصحية في الجزائر من 1962-2005
214	الجدول (17) المدارس الشبه طبية الخاصة في الجزائر 2019
215	الجدول (18) الولايات الاكثر تعدادا في المدارس الخاصة للتكوين الشبه طبي بالجزائر 2019
216	الجدول (19) تعداد المتكويين في المعاهد البيداغوجية والمدارس الشبه طبية

	للسنوات 2016-2018
226	الجدول رقم (20): يوضح إحصائيات الأمراض المعدية في الجزائر لسنة 2013
227	الجدول رقم (21): يوضح إحصائيات أسباب الوفيات لسنتي 2014-2016
227	الجدول رقم (22): يوضح الإرتفاع السريع لعدد سكان الجزائر
228	الجدول رقم (23): يوضح نصيب الفرد الجزائري من النفقات الصحية مقارنة ببعض دول العالم
229	الجدول رقم (24): يوضح مساهمة الدولة في التمويل المالي للقطاع الصحي
230	الجدول رقم (25): يوضح عدد المؤسسات الصحية الخاصة في الجزائر:
233	الجدول رقم (26): يوضح حجم الاعطاب في الأجهزة الطبية لسنة 2006:
241	الجدول (27) يوضح تعداد المؤسسات الاستشفائية لولاية الجلفة
242	الجدول (28) يوضح تعداد هياكل المؤسسات الجوارية لولاية الجلفة
242	الجدول (29) عدد المقاعد البيداغوجية وطبيعة التكوين بالمعهد الشبه طبي بالجلفة
243	الجدول (30) تعداد الطواقم الطبية والشبه الطبية في المؤسسات العمومية الصحية بالجلفة
244	الجدول (31) يوضح مؤشرات التغطية الصحية بولاية الجلفة مقارنة بالنسب الوطنية
245	الجدول (32) يوضح النشاطات الصحية للسداسي الأول 2020 بولاية الجلفة
247	الجدول (33) يوضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة
248	الجدول (34) يوضح تعداد وتخصصات الأطباء بالمؤسسة العمومية الإستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة
248	الجدول (35) يوضح تعداد وتخصصات الشبه طبيين بالمؤسسة العمومية الإستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة
249	الجدول (36) يوضح تعداد وتخصصات الإداريين والفنيين و العمال المهنيين بالمؤسسة العمومية الإستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة
249	الجدول (37.38.39) على التوالي تمثل الأنشطة الصحية للمؤسسة العمومية

	الاستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر لسنة 2018
254	الجدول (40) يمثل مجتمع الدراسة
259	الجدول (41) العبارات التي تمّ تعديلها من طرف المحكمين
260	الجدول (42) يوضح ثبات أداة القياس لمحاور الاستمارة
260	الجدول (43) يوضح الإتساق الداخلي لعبارات محور الحوافز
262	الجدول (44) يوضح الإتساق الداخلي لعبارات محور التكوين
263	الجدول (45) يوضح الإتساق الداخلي لعبارات محور الرقابة التنظيمية
264	الجدول (46) يوضح الإتساق الداخلي لعبارات محور الثقافة التنظيمية
265	الجدول رقم (47) يوضح الإتساق الداخلي لعبارات محور جودة الخدمات الصحية
267	الجدول (48) الوزن النسبي للمتوسطات وتقديرها فيما يتعلق بالعبارات
268	الجدول (49) الوزن النسبي للمتوسطات وتقديرها فيما يتعلق بالمحاور
270	الجدول (50) توزيع العينة حسب الجنس
272	الجدول (51) توزيع العينة حسب السن
273	الجدول (52) توزيع العينة حسب الوظيفة
274	الجدول (53) يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية
276	الجدول (54) يبين توزيع أفراد العينة حسب سنوات العمل
280	الجدول (55) يوضح التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة جودة الخدمة الصحية
314	الجدول (56) يوضح النتائج الإحصائية لجودة الخدمة الصحية بمستشفى الجلفة
315	الجدول (57) يوضح التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة بالحوافز
346	الجدول (58) يوضح النتائج الإحصائية لمحور الحوافز
347	الجدول (59) يوضح النتائج الإحصائية للحوافز وجودة الخدمة الصحية ومعامل الارتباط Spearman
348	الجدول (60) يوضح التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة بالتكوين
371	الجدول (61) : يوضح النتائج الإحصائية لمحور التكوين
372	الجدول (62) : يوضح النتائج الإحصائية للتكوين وجودة الخدمة الصحية

	ومعامل الارتباط Spearman
373	الجدول (63) يوضح التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة بالرقابة التنظيمية
404	الجدول (64) يوضح النتائج الإحصائية لبيانات الرقابة التنظيمية
405	الجدول (65) يوضح نتائج التحليل الإحصائية للرقابة التنظيمية وجودة الخدمة الصّحية ومعامل الارتباط Spearman
406	الجدول (66) يوضح نتائج التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة بالثقافة التنظيمية
428	الجدول (67) يوضح النتائج الإحصائية لمحور الثقافة التنظيمية
429	الجدول (68) يوضح النتائج الإحصائية للثقافة التنظيمية وجودة الخدمة الصّحية ومعامل الارتباط Spearman
431	الجدول (69) يوضح النتائج الإحصائية لمتطلبات الموارد البشرية العاملة بمستشفى الجلفة
431	الجدول (70) يوضح نتائج ارتباط متطلبات الموارد البشرية بـ جودة الخدمة الصّحية

## فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الجدول
14	الشكل (01) يوضح ابعاد جودة الخدمة الصّحية حسب التعريف الإجرائي.
60	الشكل (02) هرم الحاجات التصاعدية لماصلو.
63	الشكل (03) نظرية التوقع لفكتور فروم.
72	الشكل (04) أقسام الفعل الاجتماعي عند تالكوت بارسونز.
98	الشكل (05) مثلث التكوين (M.Fabre).
116	الشكل (06) تشكل الثقافة التنظيمية.
117	الشكل (07) تكون الثقافة التنظيمية.
165	الشكل (08) نموذج دونا بيدون لجودة الخدمة الصّحية.
251	الشكل (09) يوضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية الجزائرية.
270	الشكل (10) يبين توزيع العينة حسب الجنس.
272	الشكل (11) يبين توزيع العينة حسب السن.
273	الشكل (12) يبين توزيع العينة حسب الوظيفة.
274	الشكل (13) يبين توزيع العينة حسب الحالة العائلية.
276	الشكل (14) يبين توزيع العينة حسب سنوات العمل.

مقدمة

## مقدمة:

يعتبر قطاع الخدمات الصحية من القطاعات الرئيسية والمؤثرة في إحداث التنمية الاجتماعية و الاقتصادية، حيث أنّ هذا القطاع يعنى بأثمن وأعلى ما يملك المجتمع وهو صحة الفرد؛ فالاستثمار في الموارد البشرية يعتبر من أولى وأهم الاستثمارات في العصر الحديث ذلك أنّ هناك علاقة طردية بين الصحة والإنتاج وبالتالي فإنّ هذا القطاع من خلال مكوناته العديدة يساهم مساهمة مباشرة وواضحة في إحداث التقدم الاجتماعي والاقتصادي لعملية التنمية الشاملة.

ولعلّ ما شهدته البشرية خلال السنة الفارطة (2019) من نقشي لوباء كورونا أعطى لقطاع الصحة أهمية بالغة، فصارت وزارة الصحة في كل الدول تحتل الصدارة وتشغل المراكز السيادة، وأصبح عمالها يلقبون بالجيش الأبيض، بعدما أسندت إليهم مهمة مكافحة ومحاصرة جائحة كورونا covid19 الذي ظهر بمدينة أوهان بالصين لينتشر في أنحاء العالم، مخلفا وراءه أكثر من مليونين وفاة، وهو يفوق عدد الوفيات الناتجة عن أمراض الإيدز، والملاريا، والكوليرا والإنفلونزا بأنواعها مجتمعين في فترة واحدة، إضافة إلى ما خلفته من ملايين المصابين الذين يبقون يعانون من آثار المرض مدى الحياة.

وهذا ما تنبتهت إليه منظمة الصحة العالمية منذ القديم بدعوتها إلى كون حق الانسان في الحصول على أحسن حالة صحية ممكنة، هذا الحق يركز على قدرة الأفراد في الحصول على الخدمات الصحية المقبولة وذات نوعية وفي الوقت المناسب؛ ولذلك لا توجد دولة في أي مكان من العالم لم تضع في إعتبارها أهمية وضرورة تطوير وتحسين مستوى خدماتها الصحية لتحقيق مستوى مقبول من الصحة لمواطنيها، و أن تحذو حذو الدول المتقدمة التي طورت نظم رعايتها الصحية والتي تبنت أساليب حديثة وطرق إدارية حققت بها نجاحات باهرة، إذ يعتبر مدخل الجودة إحدى مداخلها؛ لأن تقديم محدد للخدمة الصحية لم يعد خيارا مقبولا، في زمن إنتشرت فيه أمراض العصر المزمنة والوبائية وتضاعف الضغوط المتزايدة على هذا القطاع.

والجودة في مجال الرعاية الصحية تعني إرضاء المرضى و ذويهم من خلال تلبية متطلبات العلاج و تأمين العناية المناسبة للمريض و حسن التعامل مع المريض و زواره و من المهم أن ندرك أنّ الجودة في الرعاية الصحية هي عملية وليست برنامجاً؛ فالبرنامج له بداية ونهاية، ولكن العملية لا نهاية لها، فهي مستمرة؛ أي أنّ الرعاية الصحية ينبغي



بدؤها، وتقديمها، وتقييمها، وتحسينها، ورصدها باستمرار، حتى بعد شفاء المريض من مرضه، إذ أنّ الرعاية تشمل أيضاً تمام العافية، وتعزيز الصحة، والوقاية من المرض. و الجزائر على غرار بلدان العالم تسعى لتحسين الأوضاع الصحية لمواطنيها و تلبية احتياجات مرضاها في مجال الصحة والعلاج والخدمات الطبية في جميع الاختصاصات بمستوى مقبول من خلال وضع سياسة صحية تتكفل بذلك، للنهوض بالبلاد نحو العالمية و اللحاق بالركب فهو من بين أهم مقومات التنمية المحلية والدولية فقد شملت العملية عدة نقاط من بينها تطوير أساليب العمل الإداريّة والفنيّة المتبعة وإعادة تأهيل العمال، وتحسين جودة الخدمات الصحية بما يضمن راحة المريض بالدرجة الأولى وهذا الأمر يتوقف على كفاءة الموارد البشرية.

لقد عرف النظام الصحي في الجزائر تطورات كبيرة، حيث عرف التكوين الطبي والشبه طبي قفزة نوعية في هذا المجال وذلك منذ الاستقلال إلى يومنا هذا إضافة إلى مضاعفة النفقات الوطنية للصحة وإنشاء العديد من الهياكل الصحية والمخابر ومدارس وملحقات التكوين وغيرها... وبالرغم من ذلك وفي إطار البحث عن إمكانية تحسين الخدمات الصحية من خلال إصلاحات النظام الصحي تمّ التوصل إلى نتيجة مفادها عدم رضا المرضى وصاحبه كذلك عدم رضا ممارسي الصحة وهي نتيجة لما وصل إليه النظام الصحي في الجزائر بصفة عامة<sup>1</sup>.

سنحاول أن نعالج موضوع الخدمات الصحية في الجزائر من خلال هذه الدراسة الموسومة ب: متطلبات الموارد البشرية لجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية - دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الجلفة -.

أمّا بخصوص المنهجية المتبعة في هيكلة هذا البحث فقد تم تقسيم هذه الدراسة إلى:

الفصل الأول: مدخل عام للدراسة، يفتح بإشكالية البحث، وضع التساؤلات والفرضيات، الأهمية والأهداف، وتحديد مفاهيم الدراسة، والدراسات السابقة، وفي آخر الفصل تناولنا المقاربة السوسيوولوجية.

1 - نورالدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، الجزائر: دار كتامة للكتاب، 2008، ص12.

أنظر: R. A.D.P. Ministère de la santé et de la population , **Acte de la conférence sur la réforme du système de santé et de la sécurité sociale** .Alger : Cub des pins , 4,5 et 6 Décembre1990,P9.

الفصل الثاني: وضع تحت عنوان مدخل سوسيولوجي للموارد البشرية في المنظمة نتعرض فيه إلى مفهوم وتطور الموارد البشرية في التنظيم، ثم نتناول أهمية وأهداف الموارد البشرية في التنظيم، وفي الأخير نتطرق إلى السلوك والفعل الإجتماعي في التنظيم.

الفصل الثالث: بعنوان سوسيولوجيا الأداء لصناعة التميز في التنظيم، والذي نتعرض فيه إلى متغيرات الدراسة؛ الثقافة التنظيمية الداعمة لثقافة الجودة، ثم نتناول الرقابة التنظيمية من الرقابة إلى المراقبة، لننتقل إلى الحوافز وصناعة الرضا الوظيفي، وفي الأخير نتطرق إلى التكوين وتنميط الأداء والسلوك في التنظيم.

الفصل الرابع: وضع تحت عنوان إقتراب سوسيولوجي للخدمة الصحية في الجزائر نتعرض فيه في البداية إلى مدخل مفاهيمي في النظام الصحي، لنخرج على السياق التاريخي لتطور النظام الصحي في الجزائر، ثم الانتقال إلى واقع التسيير الصحي في الجزائر.

الفصل الخامس: بعنوان سوسيولوجيا جودة الخدمة الصحية، والذي نتعرض فيه إلى النقاط التالية: الصحة من منظور سوسيولوجي، المؤسسات الصحية من منظور سوسيولوجي، الفاعلون في الخدمة الصحية، سوسيولوجيا الخدمة الصحية، سوسيولوجيا جودة الخدمات الصحية.

الفصل السادس: خصص لمجال البحث الميداني، حيث نتطرق لمجال البحث الميداني وإجراءاته المنهجية، و التعريف بمجال الدراسة المكاني والزماني والمنهج المستخدم، العينة وطريقة إختيارها، وأساليب المعالجة الإحصائية.

الفصل السابع: خصصه الباحث لعرض وتحليل ومناقشة وتفسير البيانات الميدانية وتحليل وتفسير النتائج، تحليل ومناقشة نتائج البيانات الشخصية، عرض ومناقشة نتائج محور جودة الخدمة الصحية (المحور الأول)، عرض ومناقشة محور الحوافز وارتباطه بجودة الخدمة الصحية ( المحور الثاني)، عرض ومناقشة محور التكوين وارتباطه بجودة الخدمة الصحية ( المحور الثالث)، عرض ومناقشة محور الثقافة التنظيمية وارتباطه بجودة الخدمة الصحية ( المحور الرابع)، عرض ومناقشة محور الرقابة التنظيمية وارتباطه بجودة الخدمة الصحية ( المحور الخامس)، الاستنتاج العام، الاقتراحات، الخاتمة

# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة

أولاً. الإشكالية

ثانياً. فرضيات الدراسة

ثالثاً. أهمية الدراسة

رابعاً. أهداف الدراسة

خامساً. أسباب اختيار الموضوع

سادساً. تحديد المفاهيم

سابعاً. الدراسات المشابهة

ثامناً. الاقتراب السوسولوجي

**تمهيد:**

يعتبر هذا الفصل مجالا لتوضيح الدقة المنهجية والموضوعية لإشكالية الدراسة التي تشتمل على الطرح التصوري للموضوع، فهذا الفصل مهم جدا للانطلاق في إنجاز الدراسة العلمية والتأسيس للخطوات المنهجية التالية، من ناحية الإشكالية المطروحة تمّ التركيز على مدى مساهمة الموارد البشرية وأهميتها في التنظيم الصحي لتحقيق جودة الخدمة في المجال الصحي، وذلك من خلال استجابات النسق الطبي المعالج في مستشفى الجلفة، أمّا الفرضيات المتغيرات المطروحة فقد حاولنا الإلمام أكثر بالعناصر التي تساعد على فهم هذه العلاقة بين المتغيرات المستقلة، من التكوين والرقابة، والتحفيز، والثقافة التنظيمية، والمتغير التابع جودة الخدمة الصحية، ومن ناحية أهداف الدراسة، فقد حاولنا وضع أهداف قابلة للتحقيق وتتمثل أساسا في مدى مساهمة توافر التكوين، الحوافز، الثقافة، الرقابة في صناعة الجودة داخل المستشفى؛ وفي الأخير تم عرض الدراسات المشابهة ذات الصلة بموضوع الدراسة.

## أولاً: الإشكالية:

احتل نسق الخدمة الصحية على مدار التاريخ صدارة أولويات الأفراد والجماعات وأهتتمت به الحكومات والمنظمات العالمية، واعتبرت هدفاً من أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وخاصة بعد أن أقرت المجموعة الدولية الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948 والذي اعتبر الصحة حقاً أساسياً لجميع الأفراد والشعوب؛ وبذلك أصبحت عملية توفير الخدمات الصحية المتطورة لمحتاجيها مسؤولية أساسية للحكومات لابد من توفيرها لمواطنيها.

وإذا كان هذا هو موقع الصحة بالنسبة للعالم الأجمع، فإنه يحتل في المجتمعات النامية مكانة أكثر تميزاً حيث تؤكد سياسات هذه المجتمعات على المواطن باعتباره هدفاً ووسيلة؛ وهذا ما جاء في وثيقة بيان مؤتمر المنظمة العالمية للصحة المنعقد في آلمانيا\* سنة 1978، والذي حدّد الرعاية الصحية الأولية كوسيلة مناسبة لبلوغ المرمى؛ و كاستراتيجية رئيسية لتحقيق الهدف المتمثل في توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000 م. لذلك فإنّ الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في المستشفيات والمراكز الصحية وقاعات العلاج تمثل أحد أهداف الرعاية الصحية، هذا إلى جانب أنّه كلما تحقق الرضا لدى المريض عن خدمات الطبيب أو التمريض وحسن الاستقبال تحقق نجاح المستشفيات في العمل وفق قيم المرضى.

ولتحقيق هذه المرامي والأهداف تمّ الاعتماد في الدول المتقدمة على مدخل الجودة في نظم تقديم الخدمات الصحية، والتي تركز على التحسين المستمر في جودة الخدمات الصحية ممّا يعود بالنفع على صحة المواطن والمجتمع بالإضافة إلى بناء الثقة بين الجهاز الصحي والمواطنين، ومراعاة حقوق المرضى وضمان رضائهم عن الخدمة الصحية، كما أنّ الالتزام بمعايير الأمان وسلامة المرضى تعتبر من أهم المعايير التي يركز عليها برنامج اعتماد جودة الخدمات الصحية.

ويرجع الاهتمام بتحسين الخدمة الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى عام 1987، عندما اجتمع واحد وعشرون من منظمات تقديم الرعاية الطبية مع عدد مماثل من

\* ألما آتا: اعتماد إعلان " ألما آتا " في المؤتمر العالمي الذي عقد في مدينة ألما آتا عاصمة كازخستان إحدى دول الاتحاد السوفياتي السابق في الفترة الواقعة بين 6-12/ سبتمبر 1978، حيث اجتمعت 134 دولة عضواً في منظمة الصحة العالمية؛ هذا الإعلان تم اشهاره بوثيقة هامة حول اعتماد الرعاية الصحية الأولية لأول مرّة في التاريخ كاستراتيجية رئيسية لتحقيق الهدف في توفير الرعاية الصحية.  
1 - إعلان «ألما آتا» - صحيفة الرأي، <http://alrai.com/article/400687>. زيارة الموقع يوم: 2019/08/10.

خبراء الصناعة في مجال الجودة للإعلان عن بداية البرنامج القومي لتحسين الجودة في الولايات المتحدة الأمريكية والذي سمي: The National Demonstration Project on Quality Improvement In Health Care (NDP)1، وهكذا بدأت المستشفيات في الولايات المتحدة ثم في العالم المتقدم في سباق على تطبيق منهج وأسلوب الجودة في الرعاية الصحية لنتائج المبهرة.

وتُعدّ الجزائر من بين الدول المهتمة بتوفير الرعاية الصحية الجيدة لمواطنيها، فمنذ الاستقلال قامت على وضع مبادئ أساسية تركز عليها السياسة الصحية سعياً منها لتجسيد حق المواطن في العلاج، و الذي أُعتبر مكسباً ثورياً، فهذه السياسات عرفت نجاحات وبعض الإخفاقات في سياقها التاريخي، في بداية مشوار البناء والتعمير عملت الدولة على رفع التحدي بتطوير البنى التحتية المهيئة التي ورثتها عن المستعمر، وتبني استراتيجية تحسين التغطية الصحية من خلال مجانية العلاج، ووضع الأولوية للعلاج الأولي من خلال بناء قاعات علاج ومراكز صحية في كل القرى والمدشر وإنشاء وتشبيد المستشفيات وكليات الطب والمدارس الشبه طبية...

هذه الحملة من الإجراءات وغيرها من بعض العوامل كتحسن الظروف المعيشية ساهمت في تراجع نسبة الأمراض المعدية (Maladies Transmissibles)، وتحسن في مؤشر أمل الحياة (Espérance de vie) بمعنى ارتفاع في متوسط العمر، والذي انتقل من 53 عاماً، سنة 1970 إلى 72 عاماً، سنة 2007 أي بزيادة عشرين سنة.

لكن مع الوقت ظهرت أمراض جديدة بما يسمى أمراض العصر الناتجة عن ارتفاع في معدل العمر وتحسن المعيشة... أدت إلى التحول في خارطة الأمراض (Transition épidémiologique)، والتي غالباً ما تتعلق بنمط الحياة الجديدة، أي، الانتقال من الأمراض المرتبطة بالفقر وانعدام النظافة وقلة الوعي والثقافة الصحية، إلى الأمراض المرتبطة بالتحضر (الشيخوخة، القلق، نمط التغذية ...)، و التي تسمى بالأمراض المزمنة (Maladies Non Transmissibles (M.N.T)، كداء السكري بأنواعه، ضغط الدم، القصور الكلوي، أمراض القلب والشرابين، والسرطان... هذا التحول الوبائي و الثقافي والاجتماعي والسياسي الحاصل في المجتمع الجزائري زاد من صعوبة التكفل الأمثل بصحة المواطن

1 - محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمية، في مجالي الصحة والتعليم (نموذج مفاهيمي مقترح)، القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات، 2006، ص 81.

الأمر الذي دعا بالفاعلين في النظام الصحي بتبني سياسة الإصلاح في القطاع الصحي بحلول سنة 2002؛ والهادفة إلى تأمين وأسنه الخدمات وعصرنة النشاطات تماشيا مع المتطلبات الجديدة، مما يسمح لتقديم خدمة ذات نوعية؛ معتمدة على فصل بين الأنشطة الوقائية تتكفل بها مؤسسات الصحة الجوارية والأنشطة العلاجية التكيفية تتكفل بها المؤسسات الاستشفائية.

وبعد مرور أقل من ستة سنوات ظهر خلال هذه الفترة بعض الاختلالات في التسيير وإدارة الشأن الصحي بشكل عام، أبرزه النقد المتتابع من الكثير من الشركاء الاجتماعيين وعلى إثر ذلك تقدمت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في نهاية 2013 بمشروع جديد<sup>1</sup> يتعلق بإعادة تنظيم الهياكل الصحية في الجزائر، حيث نص المشروع الجديد على أن الهيئة المناط بها تقديم خدمة الصحة العمومية وتنفيذ برامجها على المستوى المحلي أن تتمثل في المقاطعة الصحية (La circonscription Sanitaire)، وهو حبيس الأدرج إلى يومنا هذا.

وبالنظر إلى الجهود المبذولة وللأهمية التي أولتها الجزائر لإصلاح المنظومة الصحية إلا أن هذه الجهود لم تتجسد في الواقع لأن سياسة الإصلاح قطعت فترة زمنية طويلة دون الوصول إلى تحسين الخدمات الصحية، وهذا ما أشارت إليه الكثير من الدراسات والأبحاث من بينها: دراسة خروبي بزاره عمر، حيث رأى أن الإصلاح جاء مفرغا من محتواه لإهماله الجانب الاجتماعي والمهني للعمال الذي لم يعكس حقيقة الإصلاح حتى أن تلك الهياكل بقي البعض منها شاغر، وذلك لنقص العنصر البشري المؤطر لها ونقص الموارد البشرية المتخصصة في استعمال تلك الوسائل المتطورة<sup>2</sup>، كما خلصت دراسة حديثة (2010) لخبراء من جامعة شاربوك الكندية بالتنسيق مع المنظمة العالمية للصحة مسحت مستشفيات ومؤسسات المنظومة الصحية بدول المغرب العربي، إلى أن الجزائر الأسوأ من حيث التغطية الصحية مقارنة بالجارتين تونس والمغرب، رغم أنها الدولة الأكثر إنفاقا على القطاع الصحي، وأرجع التقرير ضعف التغطية الصحية في الجزائر إلى خلل في

1 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، التعليم رقم 1043 المتضمنة المشروع القبلي للدائرة الصحية المؤرخة في 03 ديسمبر 2013.

2 - خروبي بزاره عمر، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009 دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف"، رسالة ماجستير، العلوم السياسية والعلاقات الدولية، إشراف نورالدين حاروش، جامعة الجزائر 3، 2011، ص 152.

التسيير، حيث أغلب النفقات توجه للتجهيزات على حساب التكوين وتأهيل الموارد البشرية مما انعكس سلبا على مستوى الرعاية الصحية في الجزائر<sup>1</sup>.

فقد بات من المعروف أنّ جودة الرعاية الصحية تعتمد على ثلاث مرتكزات أساسية يأتي في مقدمتها جودة العنصر البشري المقدم للخدمة، ثم جودة الأجهزة الطبية المستعملة وفي الأخير جودة الهياكل؛ وتكاد تجمع معظم البحوث في مجال العلوم الإنسانية و الدراسات الاجتماعية التي أجريت على أهمية العنصر البشري في المنظمة، بأنّه صانع الفارق ومفتاح النجاح، ويشير **ميشال كروزي** " بأنّ الاستثمار في الموارد البشرية أكثر صعوبة من الاستثمارات الأخرى، لكن في حالة النجاح فإنّه الأكثر مردودية<sup>2</sup>، وعلى نفس النهج يضيف الاقتصادي **Alfred Marshall** " إنّ أثنى ضروب رأس المال هو ما يستثمر في البشر بسبب أن منحنى إنتاجيته يتصاعد بنفس اتجاه منحنى خبراته ومهاراته " .

غير أنّ تحقيق مستوى عالي الجودة للعنصر البشري بصفتهم الراعي والمحرك الأساسي للخدمة الصحية يحتاج أكثر من غيره من القطاعات إلي يد عاملة تمتلك المهارة الفنية والتقنية واللمسة الإنسانية، كون طبيعة العمل الذي يقدمه تفرض عليه التميّز لأنّه يتعلق بحقوق الناس وحاجتهم الملحة للحياة والبقاء ورغبتهم نحو الصّحة والأمان، لذلك أصبح على عاتق المنظمة الصحية مسؤولية أن تفكر بصورة جدية لتوجيه هذا العنصر وفهم العوامل التي تحرك السلوك البشري؛ هذا الفهم للسلوك البشري في التنظيم هو محور الكثير من الاتجاهات والنظريات ( نظرية الإدارة العلمية، العلاقات الإنسانية...) مستهدفة بذلك الرفع من مستوى أداء الأفراد وفهم سلوكهم من جهة، ومن جهة أخرى معرفة الأساليب العلمية الواجب إتباعها للرفع من مستوى إنتاجية العمال إلى أقصى حد ممكن.

وأمام هذا الاهتمام بموضوع جودة الخدمة الصحية سنحاول في هذه الدراسة مناقشة بعض المتغيرات المرتبطة بكفاءة العنصر البشري وقدرته على العمل ورغبته على أدائه بواجبه المطلوب، بإعتباره العنصر المؤثر في استخدام الموارد المتاحة، وتتبع الأثر الذي تتركه هذه المتغيرات على مستوى جودة الخدمة الصحية لدى النسق الطبي المعالج بالمؤسسة الاستشفائية بالجلفة.

1 - [www.echoroukonline.com](http://www.echoroukonline.com) - زيارة الموقع يوم: 2019/08/10.

2 - ميلود بكاي، محمد هرمانس، " دور التكوين الشبه طبي في تحقيق جودة الخدمات الصحية في الجزائر " مجلة أنسنة للبحوث والدراسات، الجزء 10، العدد رقم 02، الصادر بتاريخ 12 ديسمبر 2019، ص 143.



وضمن هذا السياق نطرح التساؤل الرئيسي التالي: هل يساهم ضعف توفر المتطلبات الأساسية للفاعلين الممارسين للخدمة الصحية على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة؟

يندرج تحت هذا السؤال الرئيسي مجموعة من الأسئلة الفرعية:

1- هل ضعف منظومة تكوين النسق الطبي ( طبيب - ممرض ) والذي يفترض أن تقوم على تمهيط السلوك وترشيد الفعل الاجتماعي وتنمية مهارات وقدرات الفاعلين في التنظيم الصحي من شأنه أن يعرقل تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة ؟

2- هل يساهم ضعف منظومة الحوافز التي يقدمها التنظيم الصحي والتوزيع العشوائي الذي لا يراعي الفوارق في القدرات والمهارات وسلوك الفاعلين في العمل من شأنه أن يعيق تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة ؟

3- هل يساهم ضعف آليات الرقابة في التنظيم الصحي لمعرفة انحرافات الأداء وسلوك الفاعلين وتصحيحها في حينها وتجنب تكرارها لضمان أمن وسلامة المرضى من شأنه أن يحول دون تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة ؟

4- هل يساهم ضعف المنظومة الثقافية في التنظيم الصحي التي تضبط السلوك الجماعي وتتمطه وتساهم في بناء فرق العمل المنسجمة ( التعاون، الالتزام، الإتيقان ) من شأنه أن يؤدي إلى عدم تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة ؟

## ثانيا : فرضيات الدراسة:

التفكير العلمي يؤدي بالباحث للوصول إلى حيثيات نتائج منطقية دائما بمعنى أنّ النتائج يجب أن تكون متماشية مع الدليل و مع الحقائق المعروفة، ومن التجربة داخل مجال الدراسة؛ واستخدام طريقة التفكير العلمي التي تؤدي إلى نظريات وقوانين علمية، حيث لا يمكن فهمها والتوصل إليها بدون فرضيات تشكل المادة الأساسية لهذه النظريات والقوانين فالفرضية هي مجموعة من الأفكار والآراء والمفاهيم غير مبرهنة وغير معززة بالحجج والدلائل الإحصائية، إنّها جواب مقترح قد يثبت صحته و يتفق مع الحقائق المتوفرة، وقد يكون خاطئا ينبغي إهماله، وعلى هذا الأساس يبرر وجود الفرضية كإطار أولي افتراضي لتفسير الظاهرة وإيجاد أسباب حدوثها.

لهذا حاولنا في البناء الفرضي لهذه الدراسة ضرورة احتوائها على مجموعة من المتغيرات الدالة على أنّ هذا البحث لن يتشعب خلال الدراسة الميدانية على أكثر من اعتبار العنصر البشري هو المتغير الأساسي في إنجاح أي عمل اجتماعي أو تنظيمي، وهذا ما سيسمح لي بالتأكد من صدق وثبات ( من الناحية الإحصائية على الأقل ) الاتجاه الفكري القائل بأنّ الاهتمام بالموارد البشرية عن طريق منحهم المحفزات اللازمة وتزويدهم بالطرق العلمية لتحسين في أدائهم وكسب ودهم وتحقيق أهدافهم، هو أقصر وأهم السبل في جعلهم يعملون بجد ونشاط ويحققون أهداف المنظمة، كما سيساهم هذا الإهتمام من رفعهم للتحدي والقضاء على كل ما يعيق تطور مؤسستهم.

انطلقت هذه الدراسة منذ البداية ( الإشكالية ) من تساؤل رئيس يدور حول أهم المتطلبات التي يجب أن يوفرها التنظيم الصحي لموارده البشرية من أجل تحقيق جودة الخدمة الصحية كما ساعدتني التساؤلات الفرعية المنبثقة من التساؤل الرئيس إلى صياغة الفرضيات التالية:

**الفرضية العامة:**

ضعف توفر المتطلبات الأساسية للفاعلين الممارسين للخدمة الصحية على اعتبار أنهم المحرك الأهم في تحقيق أهداف المؤسسة من شأنه أن يؤثر سلبا على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

**الفرضية الأولى:**

ضعف منظومة الحوافز التي يقدمها التنظيم الصحي والتوزيع العشوائي الذي لا يراعي الفوارق في القدرات والمهارات وسلوك الفاعلين في العمل من شأنه أن يعيق تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

**الفرضية الثانية:**

ضعف منظومة تكوين النسق الطبي ( طبيب - ممرض ) والذي يفترض أن تقوم على تنميط السلوك وترشيد الفعل الاجتماعي وتنمية مهارات وقدرات الفاعلين في التنظيم الصحي من شأنه أن يعرقل تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

**الفرضية الثالثة:**

ضعف آليات الرقابة في التنظيم الصحي لمعرفة انحرافات الأداء وسلوك الفاعلين وتصحيحها في حينها وتجنب تكرارها وهذا لضمان أمن وسلامة المرضى من شأنه أن يحول دون تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

**الفرضية الرابعة:**

ضعف المنظومة الثقافية في التنظيم الصحي التي تضبط السلوك الجماعي وتنمطه وتساهم في بناء فرق العمل المنسجمة ( التعاون، الالتزام، الإلتقان ) من شأنه أن يؤدي إلى عدم تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

**ثالثاً: أهمية الدراسة:**

تستمد أهمية هذه الدراسة من قيمة الموضوع الذي تبحث فيه، و ذلك انطلاقاً من أنّ الجودة هي الرقي الذي تسعى المنظمات إلى بلوغه، وتقييم أية منظمة أو مؤسسة يبني على مستوى الرضا الذي تحققه لدى متعاملها وعاملها وهو جوهر الجودة وروحها، كما أنّ رأس المال البشري يعد أحد الركائز الأساسية للمنظمة وعليه فالبحث في العلاقة بين كل من متغير متطلبات الموارد البشرية و متغير الجودة يفضي إلى تلك الاستفادة التي من الممكن تحصيلها من إثبات هذه العلاقة، و ذلك على الصعيدين العملي و العلمي فمن الناحية العلمية سوف تقدم لنا الدراسة صورة أكثر وضوحاً حول واحدة من الظواهر السوسيو-تنظيمية، من خلال الحصول على نتائج علمية يمكن اعتمادها كقواعد علمية تدعم الإرث المعرفي الخاص بهذا المجال.

أما من الناحية العملية، فتتجسد فيما تقدمه من حلول عملية لزيادة فاعلية المؤسسة الاستشفائية في خدمة مراجعيها.

**رابعاً: أهداف الدراسة:**

مما لا شك فيه أنّ أي دراسة علمية تسعى في نهاية الأمر إلى تحقيق أهداف محددة سواء كانت أهداف نظرية لمحاولة فهم أو تفسير ظاهرة اجتماعية أو كانت أهداف تطبيقية لمحاولة إيجاد حلول لمشكلة ميدانية ترتبط بتطبيقات معينة أو إجراءات محددة، وعليه فإنّ دراستنا هذه تسعى إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تهدف إلى إيجاد علاقة الحوافز بالجودة في مجال الخدمة الصحيّة.
2. تهدف إلى إيجاد علاقة التكوين بالجودة في مجال الخدمة الصحيّة.
3. تهدف إلى إيجاد علاقة الرقابة التنظيمية بالجودة في مجال الخدمة الصحيّة.
4. تهدف إلى إيجاد علاقة الثقافة التنظيمية بالجودة في مجال الخدمة الصحيّة.

### خامسا: أسباب إختيار الموضوع : الذاتية:

• إنَّ أوَّل دافع أدى بنا إلى اختيار هذا الموضوع، هو نتائج دراسته بمرحلة الماجستير والتي كان فحواها يدور حول علاقة الحوافز بجودة الخدمة الصّحية فأصبح بذلك موضوع جودة الخدمة الصّحية محور اهتمام الباحث، وخاصة في الشق الميداني للدراسة أين لاحظنا وجود متغيرات مستقلة أخرى ترتبط بجودة الخدمة في مجال الصّحة، الأمر الذي دفعنا بتوسيع إطلاعاتنا على أدبيات الدراسات والوثائق المكتبية والمراجع، أين وجد موضوع جودة الخدمة الصّحية مطلب ملح من المجتمع، تتسابق الدول على تبنيه بعد أن حقق نجاحات ونتائج رائدة؛

• لقد عملت لمدة تقرب من ثلاثة عقود في القطاع الصّحي، فوجدت نفسي أمام واجب يمليه علي ضميري بوضع هذه المعارف المتواضعة وبترشيد من ذوي الاختصاص قصد تحليل ومناقشة أحد أهم المعضلات سوسيو- تنظيمية التي يعاني منها قطاع الصّحة في الجزائر؛  
الموضوعية:

• قلة الدراسات والبحوث العلمية التي تتناول الجودة كموضوع للدراسة، إذ تقتصر معظم الدراسات وتستمد قوتها من علوم التسيير والاقتصاد وعلوم الإدارة؛ بالرغم من أن موضوع الجودة يقع في قلب النقاشات اليومية في المجتمعات، وبالتالي هي موضوع للسوسيولوجيا بامتياز؛

• محاولة ملامسة هذه الظاهرة سوسيولوجيا، وفتح المجال لدراسات جديدة تنطلق من خلال هذه الدراسة؛

• محاولة جلب انتباه القائمين على هذا القطاع وخاصة مدراء ونواب ونقصد بالضبط المكلفين بإدارة الموارد البشرية لحل بعض معضلاته، والرقي بمستوى خدماته، وأيضا نشر ثقافة الجودة بين مقدمي الخدمات؛

## سادسا: تحديد المفاهيم:

إنّ المفهوم " Le Concept " الذي هو أساس لغة التواصل الإنساني، ووسيلة الإنسان للتعبير عن أفكار وحالات وأوضاع محددة، يكتسي أهمية قصوى في عملية البحث الإجتماعي فعن طريق هذا التحديد يمكن للباحث أن يحصر المعلومات التي عليه جمعها ويمكن أيضا للقارئ منذ البداية أن يعرف ماذا يقصد الباحث بهذا المفهوم أو ذلك، وهكذا ينبغي أن تحدد المفاهيم بنائيا ووظيفيا لتتضح أصولها من حيث الطريقة التي تكونت بها ومن حيث الذي تستهدفه أو الوظيفة التي تؤديها فالمفاهيم التي يطرحها الباحث للمناقشة والبحث، و لا يمكن أن تكون بغرض ملء فراغ في بحث علمي ما، ولا يجب أن تختار بشكل عشوائي غير مدروس وغير واعي، بل يجب أن ترتبط ببعضها البعض بأسلوب لغوي وعلمي دقيق، لأن هذه المفاهيم في النهاية، هي التي يسعى الباحث إلى اختبارها ميدانيا بغية تحويلها إلى نظريات أو قوانين علمية يمكن إضافتها إلى تلك التي تمت صياغتها من قبل في أي اختصاص كان.

**1- الموارد البشرية:** مجموعات الأفراد المشاركة في الرعاية الصحية والذين تُسند إليهم عملية التكفل بالمرضى " Prise en charge des malades " كل حسب الدور الذي رُسم له من طرف التنظيم الصحي.

**2- الخدمة الصحية:**

هي مجموع الخدمات التي تضعها الدولة من خلال منظمات عامة وخاصة للعناية بصحة مواطنيها سواء في قطاعها أو في قطاع خاص، وتشمل المستشفيات والمستوصفات والمراكز الصحية، والعيادات، والصيدليات؛ بواسطة موارد بشرية متدربة ومتخصصة ( الأطباء، الممرضون، الإداريون... )، وتتمثل الخدمات الصحية عموما في:

**أ- خدمات وقائية:**

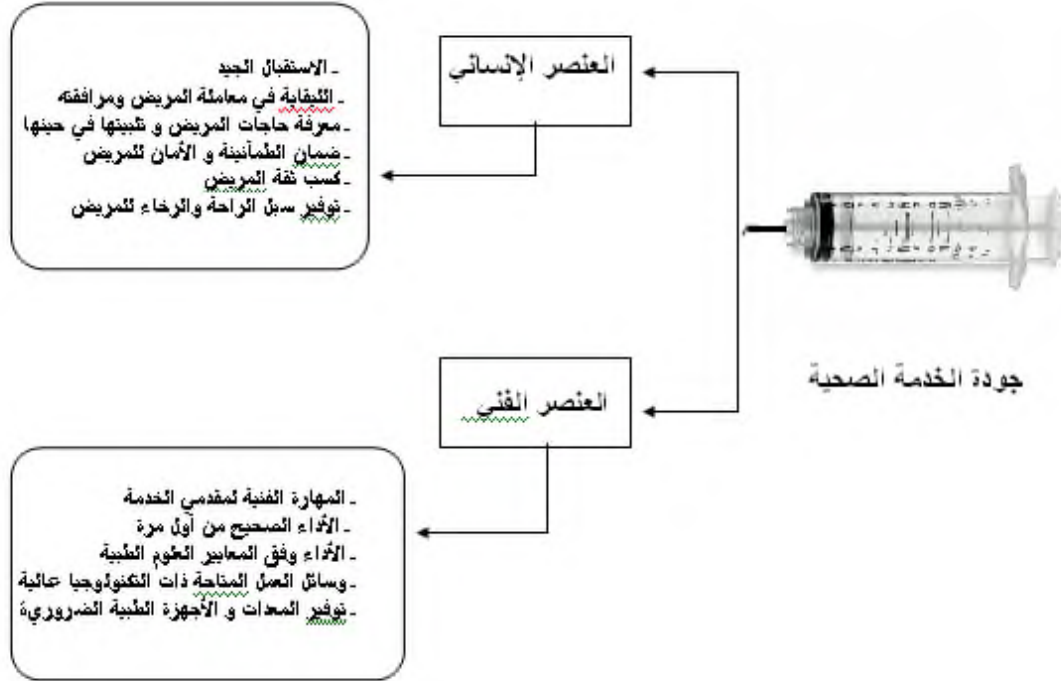
- التلقيح الإجباري من الأمراض المعدية؛
- التنقيف الصحي بغرض السلوكيات الصحية الصحيحة وتغيير النمط المعيشي السيئ وذلك بتوعية المجتمع بالأغذية الصحية الجيدة، المياه الصالحة للشرب؛
- بيئة خالية من التلوث (الإشعاعات النووية ... ) ؛
- التربية الصحية والقضاء على الطرق العلاجية الخاطئة (المعتقدات الخاطئة... )؛

ب - خدمات علاجية: معالجة الأمراض بعد الفحوص المبكرة والتشخيص الصحيح فإذا استدعى الأمر إلحاق المريض بأحد المنظمات الصحية بتقديم الدواء اللازم لعلاجيه والغذاء الجيد الملائم لحالته مع ضمان الخدمات الطبية المساعدة من التحاليل الطبية (تحاليل مخبرية والأشعة) وتوفير للمريض سبل الراحة وحسن معاملة النسق الطبي له لتساعده على استعادة صحته.

3- جودة الخدمة الصحية: وتتكون من ثلاثة أبعاد: أولاً البعد الفني والذي يعني الكفاءة الفنية من المهارات والقدرات الفنية للأداء الفعلي الصحيح للفريق الطبي اتجاه المريض، ثانياً بُعد توفر الأجهزة الطبية المتطورة، وثالثاً البعد الإنساني الذي يتسم بـ:

- رغبة الفريق الطبي في تقديم الخدمة الصحية؛
- الاستقبال الجيد للمريض؛
- اللطف واللباقة في المعاملة مع المريض ومرافقيه؛
- معرفة حاجات المريض وتلبيتها في ساعتها؛
- ضمان الطمأنينة والأمان للمريض؛
- كسب ثقة المريض؛
- حسن المظهر؛

شكل رقم ( 01 ) يوضح أبعاد جودة الخدمات الصحية حسب التعريف الإجرائي.



المصدر: مخطط من إعداد الباحث.

#### 4- متطلبات الموارد البشرية:

وهي القواعد والإجراءات التي يُوفرها التنظيم للمورد البشري حتى يقوم بأداء متميز في العمل بطريقة صحيحة من دون أخطاء بالسرعة المطلوبة، ليحقق أهدافه وأهداف التنظيم. تشير البحوث العلمية - القديمة والحديثة - التي أجريت في ميدان العمل والتي كانت تهدف إلى التعرف على أحسن أساليب التحفيز على العمل وجعل العامل أكثر مردودية في تحقيق أهداف التنظيم، بإعتباره الطرف الأهم في العملية الإنتاجية على الإطلاق، فالاهتمام بتوفير نظم تحسينها وتصميمها وتطويرها بالتعليم والتدريب والمراقبة والمتابعة والتحفيز... يعد أحد المهام التي يتعين على الإدارة القيام بها لسير العمل سيرا منتظما.

#### أ- الحوافز:

مجموعة العوامل و الوسائل والاساليب من الماديات ورفع المعنويات السلبية والايجابية الجماعية أو الفردية التي تستعملها المنظمة الصحية:  
1- تقدير مجهودات مقدمي الخدمة الصحية؛



- 2- توجيه سلوك مقدمي الخدمة، بمعاقبة المتقاعسين ومكافأة المجددين؛
  - 3- تكييف منظومة الحوافز وفق احتياجات العاملين لإشباع رغباتهم كل حسب الحاجة الملحة التي تحتاج إلى إشباع؛
  - 4- تهدف الحوافز إلى الموازنة بين رغبات مقدمي الخدمة وتحقيق الفعالية في العمل؛
- ب- التكوين:

- 1- هو عملية تعليمية من خلال إشراف أكاديمي تهدف إلى تكوين وصقل شخصية مقدم الخدمة الصحية مهنيًا؛
- 2- يتم تكوين مقدمي الخدمة الصحية وفق خطط ومقررات ومناهج محددة الأهداف وبرنامج زمني محدد؛
- 3- تعمل على نقل خبرات ومهارات وقيم الممارسة المهنية للخدمة الصحية بواسطة مكونين - ممارسين او مارسوا الخدمة الصحية- ككبار الأطباء، كبار الممرضين ...؛
- 4- تهتم بربط المقررات النظرية بالواقع الأميريقي للخدمة الصحية في المؤسسات الصحية يشمل التكوين الجانبين - النظري والتطبيقي-؛

### ج- الرقابة على الخدمة الصحية:

- 1- قياس الأداء - أداء مقدمي الخدمة الصحية، أداء المؤسسة - ومقارنتها بالنتائج المتوقعة؛
- 2- تهدف الرقابة إلى الكشف عن أوجه الضعف أو القوة، و تصحيح الانحرافات ومنع تكرارها داخل التنظيم الصحي؛
- 3- يكون قياس الأداء من خلال مؤشرات وبيانات متواجدة في ملفات المرضى والسجلات الطبية، وشكاوي المرضى وذويهم...؛
- 4- عملية التفتيش والتحقيق تتم عن طريق السلطة الوصية من خلال الأطباء المفتشين الموفدين من الوزارة أو مديرية الصحة الولائية؛
- 5- عملية التفتيش تتم عن طريق تخويف افراد التنظيم الصحي وتهديدهم بالعقوبة أو الوعد بالمكافأة؛

## د - الثقافة التنظيمية:

نسق القيم والمعتقدات والافتراضات المشتركة التي يحملها الأفراد داخل التنظيم  
الصّحي:

1 - قداسية العمل، وبالخصوص العمل في الصّحة لارتباطه بحقوق الإنسان؛

2 - انتشار ثقافة إتقان العمل؛

3- التعاون والتماسك بين افراد التنظيم الصحي، والعمل كروح فريق واحد؛

4- الاحترام المتبادل بين جميع الافراد، ولا اثر للفوارق في الرتب والتدرج المهني في التنظيم

الصّحي؛

5- الالتزام بلوائح وقرارات التنظيم؛

6- امتلاك ثقافة صحّية؛

7- اللباقة والتعاطف مع المرضى وذويهم؛

8- الاستعداد الدائم للعمل ليلا ونهارا بالتنظيم الصّحي، وتلبية الدعوة للعمل خارج أوقات

العمل؛

## 6- الفريق الطبي: أو النسق الطبي L'équipe Médicale:

لتقديم خدمة صحّية متكاملة يحتاج المريض إلى فريق طبي متكامل يتكون من الأطباء

والصيادلة، والممرضين، والفنيين والمسعفين، وبالرغم من أن الفريق الطبي تدريباتهم مختلفة

كل واحد منهم يتعلم أشياء مختلفة عن الباقي حتى تساعد على أداء دوره، إلا أنّهم

يشاركون في هدف واحد وهي تقديم خدمة صحّية تساعد المريض على العيش بحياة أفضل

بصحة نفسية وجسدية سليمة؛ كل فرد داخل الفريق الطبي له دور ومسؤوليات بناء على ما

يحدده له التنظيم ووفقا لما يمتلكه من مهارات وخبرات:

**- الطبيب العام:**

الممارس العام أو طبيب الرعاية الأولية Le Médecin Généraliste هو الذي تحصل على شهادة البكالوريا بتقدير جيد زاول الدراسة في كلية الطب لمدة سبع سنوات وتحصل على شهادة الدكتوراه في الطب العام؛  
تسند له وظيفة الفحوص الطبية وتشخيص الأمراض ووصف العلاج ويحيل المريض للفحص بالأشعة والتحليل المخبرية حسب طبيعة و أعراض المرض كما يحدد درجة خطورة وتعقد المرض والمحتاجة للتدخل العاجل، وفي الحالات الاستعجالية يقوم باستدعاء الطبيب المختص، كالتدخل الجراحي...؛  
كما يعزى له الإشراف على تطور حالات المرضى المقيمين بالمستشفى رفقة الطبيب المختص في المصالح والأقسام الاستشفائية.

**- الطبيب المختص أو الممارس المتخصص Le Médecin Spécialiste:**

وهو الذي أكمل دراسته في الطب بعد حصوله على شهادة الدكتوراه في الطب العام وبعد مسابقة ليلتحق بكلية الطب لمدة تتراوح بين 04 - 05 سنوات ويتخصص في أحد التخصصات الموجودة، ووفق المعدل المتحصل عليه في المسابقة، ونذكر أهم التخصصات الموجودة في الجزائر:

- التخصصات الطبية: الأمراض الباطنية، الأمراض الصدرية، الأمراض القلبية أمراض الكلى، الأمراض المعدية، الأمراض الدموية، الأمراض العصبية، طب الأطفال، أمراض السرطان، الأمراض العقلية...؛

- التخصصات الجراحية: الجراحة العامة، جراحة العظام، جراحة الأعصاب أمراض النساء والتوليد، جراحة العيون، جراحة الأنف والأذن والحنجرة، جراحة الفك والوجه...؛

- التخصصات الأخرى: فحوصات الأشعة والسكانير، البيولوجيا والتحليل المخبرية الصيدلة...؛

ويعتبر الطبيب المختص هو أعلى رتبة في دراستنا هذه، وهو الذي تسند إليه المسؤولية الأولى للإشراف عن المرضى، بوضع التشخيص، ووصف خطة العلاج، وهو بمرتبة رئيس

المصلحة، بمعنى أنه المسؤول على الطواقم الصحية الأخرى، من الطبيب العام إلى الممرضين داخل المصلحة التي يشرف عليها.

- **الممرضون:** أو ممرض للصحة العمومية وهم من حاملي شهادة البكالوريا، تلقوا تكويننا لمدة ثلاثة سنوات، ماعدا الاختصاصيين ( قابلة، والتخدير)، يخضع أصحابها للتكوين لمدة خمس سنوات.

وتوجد عدة تخصصات في التمريض، نذكر من بينها: العلاج العام، مخبري مشغل أجهزة الراديو، التأهيل، رعاية الأطفال و الرضع... ويضاف إليهم مساعدي التمريض، وهم من حاملي مستوى السنة الثالثة ثانوي، يتلقون تكويننا لمدة سنتين؛ وأهم الأنشطة التي يمارسها الممرض:

- تقديم العناية التمريضية حسب الأصول المعتمدة في المستشفى والمشاركة في تنفيذ خطة العناية تحت إشراف الممرض؛
  - تأمين حاجات المرضى الجسدية والنفسية والاجتماعية؛
  - تطبيق الأوامر الطبية للمريض حسب الأصول المعتمدة وتحت إشراف الممرض حماية المريض وضمان سلامته؛
  - التواصل الفعال مع المرضى، عائلاتهم والفريق الصحي؛
  - توثيق المعلومات عن المريض بدقة وحسب القوانين المنصوصة على الإجراء؛
  - استخدام التقنيات الحديثة بدقة وفعالية في تقديم العناية وذلك تحت إشراف الممرض؛
  - السهر على الاستعمال العقلاني للمواد الصيدلانية و المستلزمات الطبية و العتاد الطبي و صيانتته و الحفاظ عليه؛
  - المشاركة في مشاريع ضمان جودة العناية؛
- 7- **المستشفى:**

جاءت كلمة مشفى من الفعل ( شفى)، ويصح استعمال كلمة المستشفى ( وهو الاسم الأكثر شيوعا واستعمالا )، وهو اسم مشتق من استشفى أي طلب الشفاء من المرض، وهو المكان الذي يقبع فيه المريض للتداوي وتلقي العلاج، والمستشفى في اللغة الفرنسية تعني **HOPITAL**، وهي مشتقة من الكلمة اللاتينية **HOSPUS**، والتي تعني المكان الذي يعالج فيه المرضى مجانا، والأصل في الكلمة اللاتينية **HOSPICE**، أي المنزل أو الدليل الذي

يستضيف فيه الكهنة والقساوسة عابري السبيل والمسافرين والأيتام ممن لا مأوى لهم؛ أما عند المسلمين فالمستشفى أطلق عليه تسميات عديدة أشهرها البيمارستان أو المستشفى.

ويعد المستشفى الجهاز الوحيد الذي بواسطته تقوم الدولة بتقديم الخدمات الصحية لأفراد المجتمع، فهو يعتبر العمود الفقري لأي نظام صحي، وذلك لقدرته على توفير كافة أنواع الرعاية الصحية، فالمستشفى هو المكان المفضل بالنسبة للمريض للراحة والعلاج ومكان العمل المفضل للطبيب والمرضى وباقي القوى العاملة الإستشفائية، كما يعتبر الواجهة الحضارية التي تبرز تقدم الصحي والعلمي والاجتماعي.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية \*OMS على أنه " جزء لا يتجزأ من نظام اجتماعي وصحي متكامل من مهامه تأمين خدمات صحية شاملة للمجتمع من الناحيتين العلاجية والوقائية، ويشمل عيادات خارجية يستطيع إيصال خدمات خدماتها للعائلة في موقعها الطبيعي كما أنه أيضا مركز لتدريب الكوادر الصحية وإجراء البحوث الطبية والاجتماعية<sup>1</sup>.

وبالتالي نعرف المستشفى على أنه فضاء عمومي تُخصّصه الدولة يقصده المرضى من المجتمع للعلاج والرعاية الصحية الثانوية يجدون في استقبالهم فريق طبي وإداري متدرب، يقوم بالتكفل بمشاكلهم الصحية، ومجهز بأجهزة طبية بغرض الكشف والعلاج، ويتوفر على الأدوية الضرورية ويحتوي على أقسام، ومصالح، متخصصة كل منها في تخصص معين كالجراحة أو الطب... بها غرف للاستشفاء، ويقوم فيها فريق من العمال بأعمال النظافة والفندقة والطبخ كل هذه الفرق والأجهزة والمعدات تعمل بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب، ويقدم خدماته لأفراد يقيمون في بيئة جغرافية معينة، وتكون هذه الخدمات مجانية للجميع دون استثناء.

فالمؤسسة الاستشفائية هي ظاهرة نسقية من نظام كلي وظيفتها تقديم الرعاية الصحية للأفراد، هذه الوظيفة لا يمكن الاستغناء عنها سواء في السلم أو الحرب.

\* منظمة الصحة العالمية ( بالفرنسية organisation mondiale de la santé ): هي واحدة من عدة وكالات تابعة للأمم المتحدة متخصصة في مجال الصحة. وقد أنشئت في 7 أبريل 1948 ومقرها الحالي في جنيف، سويسرا، ويديرها الدكتور تيدروس أدهانوم غيبرييسوس.  
1 - تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، عمان : دار اليازوري، بدون سنة النشر، ص 23.

## سابعاً: الدراسات المشابهة:

في حدود علمنا أنه لم يتم تناول جودة الخدمة الصحية في الأبحاث والدراسات السوسولوجيا، وإنما تم البحث و الدراسة في الخدمة الصحية أو الصحة والمرض؛ بينما تم تناول هذا الموضوع من طرف العلوم الأخرى كعلوم التسيير، والاقتصاد، والعلوم الإدارية ... وعليه نرى بأنه من الأفضل تناول بعض الدراسات حسب التناول في العلوم الأخرى وسنحاول أن نستفيد من الدراسات والأبحاث التي تناولت الخدمة الصحية كمتغير تابع في علم الاجتماع.

## I - دراسات علم الاجتماع التي تناولت الخدمة الصحية:

01- دراسة: بودوح غنية، " استراتيجية التكوين المتواصل في المؤسسة الصحية وأداء الموارد البشرية، المؤسسة الاستشفائية العمومية لمدينة بسكرة - أنموذجاً - أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه العلوم في علم الاجتماع، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر 2013.

## ☒ - تساؤل الدراسة الرئيسي:

- إلى أي حد تساهم إستراتيجية التكوين المتواصل بالمؤسسة الصحية في تحسين أداء الموارد البشرية؟

## ☒ - فرضيات الدراسة:

- إن غياب الدقة في تحديد احتياجات المؤسسة الصحية من التكوين المتواصل يؤثر سلباً على نجاحه في المؤسسة.

- إن غياب تحديد الدقة في أهداف المؤسسة الصحية من التكوين المتواصل يؤثر سلباً على نجاحه في المؤسسة.

- إن غياب الإستراتيجية التنظيمية في التكوين المتواصل يؤثر على الوصول بالمؤسسة لتحقيق أهدافها .

- إن غياب نظام تقييمي للبرامج التكوينية يؤثر على نجاحه في المؤسسة الصحية .

☒ - أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة، الملاحظة، والمقابلة، والاستمارة بمقياس ليكرت.

☒ - عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة كل من: الأطباء، والمرضى، و الإداريين الذين زاولوا تكويناً متواصلًا بالمؤسسة العمومية ببسكرة.

☒ - **تقييم الدراسة:** توصلت صاحبة الدراسة إلى ضرورة إعادة النظر في منظومة التكوين المتواصل في المؤسسات الصحية الجزائرية وهذا:

- غياب ثقافة تحفيزية من الإدارات العليا؛ - غياب المنافسة بين العاملين في المؤسسات الصحية ؛ - غياب التشجيع على البحث العلمي؛ - لا يتم التكوين وفق احتياجات ورغبات الأفراد في المؤسسات الصحية؛ - ضعف الإنفاق على التكوين المتواصل في المؤسسات الصحية الجزائرية؛

02- **دراسة:** شايب سعاد، " الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة وظروف العمل - دراسة ميدانية للأطباء في مستشفى مصطفى باشا بالجزائر العاصمة، رسالة ماجستير، علم الاجتماع تنظيم وعمل، جامعة الجزائر 2، 2007.

☒ - **تساؤلات الدراسة:**

- هل يمكن للطبيب الجزائري أن يتلقى تكوينا جيدا أو ناجحا في ظل ظروف العمل والتكوين التي توفرها له المستشفيات الجزائرية؟ هل الأساتذة والمؤطرين منضبطين في تأدية عملهم المتمثل في تدريب الطلبة؟ وما مدى نجاح التكوين الطبي الجزائري من وجهة نظر المكونين الطبيين أي الأطباء في مرحلة التخصص؟

☒ - **فرضيات الدراسة:**

- الظروف الصعبة للعمل في المؤسسة الاستشفائية العمومية أدى إلى ضعف الأداء المهني للطبيب.

- نقص الجوانب التحفيزية في المؤسسة الاستشفائية العمومية أدى إلى بروز نوع من عدم الرضا عن العمل عند الأطباء.

- عدم انضباط المؤطرين في التكوين يؤدي إلى بروز نوع من عدم الرضا عن التكوين لدى الأطباء المتكونين.

☒ - **أدوات جمع البيانات:** الملاحظة، المقابلة، الاستمارة.

☒ - **عينة الدراسة:** جميع الأطباء على اختلاف تدرجاتهم المهنية ( طبيب عام، طبيب مقيم، طبيب مساعد، أستاذ مساعد )

☒ - **تقييم الدراسة:** توصل صاحب هذه الدراسة إلى أنّ الظروف التي يعمل فيها الطبيب الجزائري جد صعبة أدت به إلى الضعف في الأداء المهني، وقد حدد الباحث بعض المعوقات التي تحيل من الأداء الجيد الطبيب، كغياب وسائل الكشف والمعالجة وقلة الأدوية وكثرة المرضى، وتسجيل ضعف في الحوافز التي يتلقاها الطبيب الجزائري.

03- **دراسة:** الطاهر الوافي، **التحفيز وأداء الممرضين، دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية عالية صالح بمدينة تبسة -** ، رسالة ماجستير في علم الاجتماع تنظيم وعمل جامعة قسنطينة 2، الجزائر، 2013.

☒ - **تساؤلات الدراسة:**

- التساؤل الرئيسي: ما العلاقة بين الحوافز المقدمة للممرضين ومستوى أدائهم في المؤسسة العمومية الاستشفائية؟ انبثق عنها التساؤلات الفرعية التالية:
- ما علاقة الحوافز المادية ( الأجر، المكافآت والخدمات الإجتماعية ) بمستوى أداء الممرضين في المؤسسة العمومية الاستشفائية.
- ما علاقة الحوافز المعنوية ( الترقية، المشاركة في اتخاذ القرارات والتدريب ) بمستوى رضا الممرضين و استقرارهم.

☒ - **فرضيات الدراسة:**

- الفرضية العامة: هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين طبيعة الحوافز التي تقدمها المؤسسة ومستوى أداء الممرضين.
- الفرضيات الجزئية:
- تؤدي الحوافز المادية ( الأجر، المكافآت والخدمات الإجتماعية ) إلى الزيادة مستوى الأداء لدى الممرضين في المؤسسة العمومية الاستشفائية.
- تؤدي الحوافز المعنوية ( الترقية، المشاركة في اتخاذ القرارات والتدريب ) في رفع مستوى رضا الممرضين واستقرارهم.

☒ - **عينة الدراسة:** أخذت عينة الدراسة من مجتمع الممرضين العاملين بمستشفى عالية صالح.

☒ - **أدوات الدراسة:** الملاحظة، المقابلة و الاستمارة.



☒ - **تقييم الدراسة:** توصل صاحب هذه الدراسة إلى أنّ منظومة الحوافز بشقيها المادي والمعنوي التي تستخدمها المؤسسة حال الدراسة تحتاج إلى مراجعة، فقد أدى نقصها إلى عدم رضا عينة الدراسة والذي انعكس سلباً على مستوى أدائها وبالتالي انخفاض ولائها للمؤسسة.

4- **دراسة:** يوسف حسين شريف، " أدوار الأطباء بالمراكز الشاملة بين النموذج والواقع، دراسة سوسيو- أنثربولوجية لبعض المراكز الصحية الشاملة في محافظة العاصمة عمان " أطروحة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه في علم الاجتماع، جامعة الدول العربية المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، معهد البحوث والدراسات العربية قسم البحوث والدراسات الإجتماعية، القاهرة 2008.

☒ - **مكان الدراسة:** لبعض المراكز الصحية الشاملة في محافظة العاصمة عمان بالأردن.

☒ - **تساؤلات الدراسة :**

- ما خصائص البناء المرفولوجي والتنظيمي للمركز الصحي كنسق طبي اجتماعي؟ وتأثير ذلك على أداء أدوار الأطباء.

- ما المكان الإجتماعية التي تشغلها مهنة الطب في المجتمع الأردني؟

- ما درجة الرضا عن مستويات الخدمة المقدمة في المراكز الصحية من وجهة نظر الأطباء و أعضاء المجموعة الصحية والمرضى وصناع القرار؟

- ما المشكلات التي يعاني منها النسق الطبي الاجتماعي والتي تعوق تكامله واتزانه وثباته من وجهة نظر الأطباء وأعضاء المجموعة الصحية وصناع القرار؟

- ما أنواع العلاقات التفاعلية؟ وما أثرها بين الأطباء وباقي أطراف العملية العلاجية على أداء الأطباء لأدوارهم على المستويين الداخلي والخارجي للتنظيم (الإدارة)، الزملاء، أعضاء المجموعة الصحية، المرضى وأسرهم؟

- ما الأدوار المتوقعة والفعلية الممارسة للأطباء؟ وما مدى التزامهم بها من وجهة نظر الأطباء وأعضاء المجموعة الصحية وصناع القرار؟
- ما التحديات التي تواجه أداء الأطباء لأدوارهم بفعالية ونجاح من وجهة نظر الأطباء انفسهم والمرضى وأعضاء المجموعة الصحية وصناع القرار؟
- ما مستوى جوانب الرضا الوظيفي للأطباء وعلاقته بأداء الأدوار؟
- الأدوات: جمع البيانات الميدانية من خلال ثلاثة استبيانات، المترددين على المراكز الصحية الشاملة، الاطباء، عمال المركز.
- ☒ - عينة الدراسة: يتمثل مجتمع الدراسة في الجمهور الداخلي والخارجي أي تشمل المرضى المترددين على المراكز الصحية الشاملة والنسق الطبي و عمال المراكز الصحية.
- ☒ - تقييم الدراسة:

لقد قامت هذه الدراسة برصد أدوار الأطباء داخل بعض المراكز الصحية الشاملة بالعاصمة الأردنية عمان، كونها تُعنى بالصحة الأولية، وهذا من خلال رصد استجابات الأطباء أنفسهم، والمرضى المترددين على هذه المراكز، وكذا العمال المتفاعلين مع الأطباء والمشاركين في قديم الخدمة الصحية، حيث تمكن صاحب هذه الدراسة من معرفة:

- أهم المعوقات الوظيفية التي تحيل دون أداء الأطباء عملهم بصورة جيدة داخل المراكز الصحية الشاملة بعمّان عاصمة الأردن.
- الدور المتوقع من الطبيب من وجهة نظر المرضى والمجموعة الصحية العاملة معه وصنّاع القرار.

- أهم المتطلبات الوظيفية لتحسين العلاقة بين الطبيب و المريض.

5- دراسة: قام تالكوت بارسونز Talcott Parsons سنة 1951 بدراسة ظاهرتي الصحة والمرضى<sup>1</sup>، حيث انطلق من نظريته الوظيفية وذلك بالاعتماد على مفهوم الدور وهذا من خلال إثارته للتساؤلات التالية:

- لماذا تتصرف بعض الجماعات بطرق متباينة أمام نفس الأعراض المرضية؟
- لماذا يصرح بعض الأفراد بأنهم مرضى والبعض الآخر لا يصرح بذلك؟

<sup>1</sup> -Talcott Parsons, *élément Pour une Sociologie De L'action*, Paris, Plon, 1955.

- لماذا يذهب البعض إلى الطبيب والبعض لا يفعل؟
- كيف يختار الناس طبيبهم؟ وبمساعدة من؟ وكيف يتعاملون معه؟
- ويرى بارسونز أنّ لكل من المريض والطبيب دور اجتماعي يؤديه؛ وقد خلص من تحليله لدور المريض وتوقعات هذا الدور والالتزامات المرتبطة به إلى:
- إعفاؤه من المسؤوليات الاجتماعية والطبية.
- إعفاؤه من المسؤوليات الاعتبارية المؤثرة .
- أن الشخص المريض لا يمكن لومه أو توبيخه؛ لأنّه غير مسؤول عن حالته، لذلك لا يجب أن يعالج بقسوة أو بلهجة بها تأنيب أخلاقي.
- كون الإنسان مريضاً هذا غير مرغوب فيه، فالشخص المريض تعتبر حالته مرضية وغير مرغوب فيها و لذلك فهو يأمل في أن يعود معافاً مرة أخرى.
- ومن التزامات المريض هو البدء بالبحث عن المساعدة المتخصصة، حيث أنّ الشخص المريض إذا لم يلجأ إلى هذه المساعدة الطبية المتخصصة أو يلجأ إلى مساعدة أخرى فإنّه يلام ويوبخ من باقي أفراد المجتمع.
- كما خلص بارسونز أيضاً أنّه هناك مجموعة من التوقعات يجب أن يلتزم بها الطبيب:
- أن يستخدم الطبيب كل خبراته ومهاراته ومعرفته لحل مشاكل المريض.
- أن يكون هدف الطبيب الأول هو راحة المريض وتحسين صحته و أن يضع الطبيب هذا الهدف فوق اهتماماته الشخصية.
- أن يكون حكمه على المريض من واقع ممارسته الطبية المتخصصة، بحيث يكون الطبيب مقتدراً ومتخصصاً في مجال العناية حتى يستطيع أن يتعامل مع موقف الضعف الصحي.
- أن يتعهد بأن يكون متعاوناً في الوظائف التي تساهم في المحافظة على صحّة الفرد ذاته، وأن يكون هو البادئ بالدور الأقوى والفعال في علاقته بمرضاه.

### تقييم الدراسة:

- بالرغم من الانتقادات التي توجه للتصور المنطلق من "دور المريض"، فإنّ بعض الباحثين لازالوا يعتمدون على هذا المنظور في دراساتهم السوسولوجية عن الصحّة والمرض.

وتشير بعض الانتقادات إلى أنّ أغلب الدراسات الميدانية تظهر أنّ الأفراد المصابين بأمراض مزمنة يقومون بتقييم ذاتي لحالتهم مفاده أنّهم يتمتعون "بصحة جيدة" بل أحيانا بـ "صحة جيدة جدا"، ومن هذا المنظور فإنّ مفهوم "دور المريض" أو المرض كانحراف اجتماعي لا يصدق دائما بالنسبة لجميع الأمراض، ولجميع الأفراد، وبالخصوص بالنسبة لحالة المرض المزمن.

#### أوجه التشابه و الاختلاف:

تناولت دراستنا الطرق والوسائل التي تنتهجها المنظمات الصحيّة من أجل الرفع من مستوى أدائها من خلال الإهتمام بالموارد البشري لصناعة طاقم طبي معالج يرقى إلى مستوى رضا توقعات المرضى، بينما جاءت دراسة عالم الاجتماع الأمريكي لتتناول موضوع الصّحة والمرض من خلال الدور المتوقع لكل من الطبيب والمريض والالتزامات المرتبطة بهما والعلاقة بينهما (طبيب- مريض).

## موقع الدراسة الحالية من خريطة الدراسات المشابهة في علم الاجتماع:

يمكن القول أنّ هذه الدراسة لها نقاط مشتركة لما جاء في الدراسات التي تناولناها وجه التشابه في كون هذه الدراسات تعرضت بالدراسة للموارد البشرية العاملة في المجال الصحي من خلال قياس مستوى أو أحد المتغيرات التي تناولناها في دراستنا، كالتحفيز التكويني، ظروف العمل، أي كل دراسة تناولت متغير مستقل واحد وقامت بقياس أثره على مستوى الخدمة الصحية، وقد توصلنا تقريبا إلى ما توصلوا إليه من ضعف في المنظومة التحفيزية والتكوينية وندرة وسائل العمل في المجال الصحي كوسائل الكشف والعلاج؛ وما ميّز دراستنا عن هذه الدراسات أننا حاولنا أن نربط بين متطلبات الموارد البشرية بصفة عامة بصفاتها المحرك الرئيسي في نجاح المنظمات بمتغير الجودة كطموح تتطلع إليه المؤسسات الاستشفائية الجزائرية.

## II - الدراسات التي تناولت جودة الخدمات الصحية في العلوم الأخرى:

01- دراسة: كحيلة نبيلة " تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية " رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتور قسنطينة، الجزائر، 2009. مكان الدراسة: المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل. صياغة الإشكالية:

ما مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل من جهة نظر ممارسي مهنة التمريض بها؟  
منهجية الدراسة:

المنهج : المنهج الوصفي.

الفرضيات:

- يدرك ممارسو مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة مهمة.
- هناك وعي مرتفع لدى ممارسي مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل بالمزايا التي يحققها تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

- يدرك ممارسو مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعترضه معوقات.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك ممارسي مهنة التمريض لأهمية محاور تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل.

**الأدوات:** جمع البيانات الميدانية من خلال استبانة تتألف من أربعة محاور، يتمثل المحور الأول منها في البيانات الشخصية، بينما المحور الثاني فيتعلق بمبادئ إدارة الجودة الشاملة، و يحتوي المحور الثالث على متغيرات تتعلق بالمزايا التي تحققها تطبيق TQ M، و يتعلق المحور الرابع بمعوقات تطبيق TQ M.

**عينة الدراسة:** يشمل مجتمع الدراسة جميع ممارسي مهنة التمريض.

**تقييم الدراسة:** لقد قامت هذه الدراسة على استقصاء الممرضين العاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بجيجل حول:

- مبادئ TQ M

- مزايا TQ M

- تطبيق TQ M

في حين نرى أن منهج TQM يعتمد على متطلبات يأتي على رأسها قناعة وتبني هذه الفلسفة من طرف الإدارة العليا كما رأينا ذلك مع الدراسة السابقة.

**أوجه التشابه و الاختلاف:**

لقد قامت دراستنا على عينة أكبر من عينة هذه الدراسة و هي ممارسي مهنة الطب و التمريض و في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة، أي باختلاف المكان والزمان ونوع العينة.

في دراستنا قمنا باستقصاء هذه الفئة المهنية بإضافة الأطباء حول نظام الحوافز والتكوين والثقافة والرقابة الذي توفره المؤسسة و الذي من خلاله يمكن معرفة مدى رضا هذه الفئة عن

هذا النظام، بينما هذه الدراسة قامت إلى تحليل جودة الخدمات الصحية إلى أبعاد، ثم تم قياسها عند عينة الدراسة.

ولكننا وعلى غرار الدراسة السابقة نرى في نموذج TQ M أنموذجا ناجحا للرفع من مستوى أداء المؤسسة الصحية ككل.

**02-دراسة: عتيق عائشة، " جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية سعيدة "**، رسالة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر 2012.

### صياغة الإشكالية:

- ما واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية و ما مدى تأثيرها على المريض؟

### منهجية الدراسة:

المنهج: الوصفي التحليلي.

### الفرضيات:

- تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية لولاية سعيدة تأثيرا إيجابيا على رضا المريض من ناحية بعد الاستجابة.
- الاستجابة ← من ناحية بعد الضمان.
- الاستجابة ← من ناحية بعد الملموسة.
- الاستجابة ← من ناحية بعد التعاطف.

**الأدوات:** جمع البيانات الميدانية من خلال استبانة تتكون من محورين، محور البيانات الشخصية، ومحور يتناول إدراكات أفراد عينة الدراسة لأبعاد الجودة.

**عينة الدراسة:** أخذت عينة الدراسة من مجتمع المرضى المقيمين بالمستشفى.

**تقييم الدراسة:** لقد قامت هذه الدراسة على استقصاء المرضى المقيمين بالمستشفى أي أنها قامت باستقصاء الجمهور الخارجي للمستشفى و المقيمين للاستشفاء داخل المستشفى و لم تراعي المرضى المترددين على خدمات هذا القطاع، و بالتالي يكون قياس رضا المرضى يشوبه بعض النقص، و كان من الأجدر أن يقاس كل المرضى، لكي يتم معرفة الفارق بين الجودة المدركة و المتوقعة، وللإشارة فإنّ المرضى غالبا يكونون غير قادرين على تقييم الخدمات الفنية و الطبية و تقديرها.

**أوجه الاختلاف والتشابه مع دراستنا:** نفس الكلام السابق الذي تناولناه في الدراسة السابقة، قامت الباحثة بفك جودة الخدمة الصحيّة إلى أبعاد ثم قاستها عند عينة الدراسة؛ في حين في دراستنا قمنا بربط متطلبات الموارد البشرية ( التكوين، التحفيز، الثقافة، الرقابة ) وربطها بتحقيق جودة الخدمة الصحيّة، كما أننا قمنا بقياس مستوى الجودة بالمؤسسة محل الدراسة.

**03- دراسة: عدمان مريزق " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحيّة العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحيّة بالجزائر العاصمة "**، رسالة دكتوراه كلية الاقتصاد جامعة الجزائر، الجزائر، 2008.

**مكان الدراسة :** ثلاث مؤسسات صحيّة عمومية، متمثلة في المركز الاستشفائي الجامعي "مصطفى باشا " المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "علي آيت إدير " والقطاع الصحي ب " الرويبة ".

### صياغة الإشكالية:

ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحيّة العمومية بالجزائر العاصمة؟

### منهج الدراسة:

**المنهج:** الوصفي التحليلي

### الفرضيات:

- المريض غير راض على الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحيّة.
- تتمثل أهم العقبات التي تواجه الطاقم الشبه الطبي في ظروف العمل.



- يشكل نقص الوسائل أهم عائق يواجه الأطباء من أجل تقديم خدمة ذات جودة.

**الأدوات :** جمع البيانات الميدانية من خلال ثلاثة إستبيانات.

**عينة الدراسة:** يتمثل مجتمع الدراسة في الجمهور الداخلي والخارجي أي تشمل المرضى والنسق الطبي رفقة الممرضين.

**تقييم الدراسة:** لقد حاول صاحب هذه الدراسة الإلمام بجميع جوانب قصور جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف بعض المؤسسات الصحية، وقد إشتملت عينة بحثه جميع الفئات المتفاعلة بين المقدمين والمتلقين هذه الخدمة، وهذا بغية الوصول إلى مكامن الخلل في المنظومة الصحية، وعلى ذلك قد وفق إلى حد كبير بإبراز مواطن الخلل في الخدمات المقدمة وصعوبة تطبيق نموذج TQM، لعدم توفر ظروف العمل ووسائل الخدمة الصحية التي تحيل دون تطبيق جودة الخدمة الصحية.

**أوجه الاختلاف والتشابه:**

لقد ناقشنا بعض ما ناقشته هذه الدراسة، من خلال ظروف العمل والوسائل والتي تتدرج عندنا تحت المتغير المستقل الحوافز.

- نختلف معه:

- في عينة الدراسة.

- مكان الدراسة: أجريت في مستشفى الجلفة.

- ربطنا دراستنا بين متغيرين متطلبات الموارد البشرية ( تكوين، تحفيز، الرقابة،

الثقافة ) وجودة الخدمة الصحية.

04- دراسة: عبد اللطيف مصلح عايض "دور القيادة الإدارية في مستشفى جامعة العلوم

التكنولوجيا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة فيه"، المجلة العربية لضمان جودة التعليم

الجامعي، مجلة الكترونية نصف سنوية تصدر بعمان، المجلد 06، العدد 11، 2013.

مكان الدراسة: جامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية.

**صياغة الإشكالية:** ما هو دور القيادة الإدارية في مستشفى جامعة العلوم

والتكنولوجيا في دعم تطبيق إدارة الجودة الشاملة فيه، و ما مستوى تطبيق هذا المفهوم في

المستشفى؟

**منهجية الدراسة:**

- **المنهج:** اعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي .  
**الفرضيات:**

- يوجد دور كبير للقيادة الإدارية في مستشفى جامعة العلوم و التكنولوجيا في دعم إدارة الجودة الشاملة فيه مقاسا بالمتوسط الحسابي و النسبة المئوية.
- يوجد مستوى أعلى من المتوسط لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى جامعة العلوم و التكنولوجيا مقاسا بالمتوسط الحسابي و النسبة المئوية.
- توجد علاقة بين دور القيادة الإدارية في مستشفى جامعة العلوم و التكنولوجيا في دعم تطبيق إدارة الجودة الشاملة، و مستوى تطبيقها في المستشفى.
- الأدوات :** جمع البيانات الميدانية من خلال استبانة تتكون من ثلاثة أجزاء، يتمثل الجزء الأول منها في البيانات الشخصية و الوظيفية، أما الجزء الثاني فيتناول دور القيادة الإدارية في حين يتضمن الجزء الثالث على تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- عينة الدراسة:** مجتمع الدراسة هو كل العاملين في المستشفى و قد تمّ اختيار العينة طبقية لتشمل بذلك مختلف الفئات السوسيو- مهنية العاملة في المستشفى.

**تقييم الدراسة:** لقد أشار جل العلماء و الباحثين و الكتاب على ضرورة توفر مجموعة من المتطلبات لتبني فلسفة إدارة الجودة الشاملة، و تعتبر القيادة الإدارية أهم هذه المتطلبات و على هذا النسق سارت الدراسة. و نرى أنّ هذه الدراسة تمكنت من تحديد أهمية القيادة الإدارية في دعم تطبيق إ. ج. ش.

## أوجه التشابه و الاختلاف:

في هذه الدراسة صيغت الإشكالية كالتالي، دور القيادة الإدارية في دعم تطبيق إ.ج.ش؛ في حين في دراستنا صيغت متطلبات الموارد البشرية لتحقيق الجودة. أي المتغير المستقل يختلف، فنحن تناولنا متطلبات الموارد البشرية في حين صاحب الدراسة تناول القيادة الإدارية. من حيث عينة الدراسة، نحن تناولنا الممرضين والأطباء كمجتمع للدراسة كونه الفاعل في الخدمة الصحية في حين تناول الباحث كل العمال باختلاف مهنتهم كمجتمع للدراسة. و قد استفدنا من هذه الدراسة أن رأينا في نموذج إ. ج. ش كمنهج ناجح لتسيير المستشفيات.

## 05- دراسة:

Sandra Bertezene, « **Les démarches qualité dans les Hôpitaux Français** », Thèse de Doctorat, Faculté des sciences économiques et de gestion, Lumière, Lyon 2, France, 2000.

## صياغة الإشكالية:

- ماهي منهجيات تحسين الجودة التي تسمح بزيادة جودة العلاج والخدمات، وقادرة على إشباع حاجات المريض، في إطار عملية الاعتماد و قيد الموازنات؟

## منهج الدراسة:

المنهج: المقارن.

## الأدوات :

- الاستمارة.

- المقابلة.

عينة الدراسة: يتمثل مجتمع الدراسة في 04 مؤسسات صحية عمومية و 03 مؤسسات صحية خاصة ( إحدى المؤسسة تقع بدولة بلجيكا)، موزعة على 62 مستشفى بين عمومي وخاص؛ يضاف إليها 12 مقابلة مع مدراء ومسؤولين في القطاعين.

- تقييم الدراسة: لقد حاولت صاحبة هذه الدراسة الوقوف على واقع تطبيق إجراءات جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف بعض المؤسسات الصحية، والتعرف على جوانب القصور التي تؤثر على ظروف الاستشفاء، وقد توصلت إلى:
- تظل الإجراءات عمودية حتى ولو كانت تميل إلى إشراك جميع فئات الموظفين.
  - التزام الإدارة بالعملية ( الإجراءات ) ضعيف ونادرا ما يتم دمج هذه الإجراءات في مشروع المؤسسة.
  - الإجراءات لا تخضع للتقييم.
  - تعاني المؤسسات التي يقل عدد أسرتها عن 200، و مؤسسات الطب النفسي ( الأمراض العقلية) من نقص في الموارد المالية والبشرية للقيام بهذه الإجراءات.
  - تم رصد ثلاثة عوامل مؤثرة على تطبيق إجراءات الجودة: - حجم المؤسسة
  - اختصاصها؛ النظام الأساسي (Statut).

## ثامنا: المقاربة السوسولوجية:

تعتبر المقاربة السوسولوجية إحدى الدعائم الأساسية التي يقوم عليها التحليل السوسولوجي لأي دراسة، وهي الخلفية التي من خلالها يرى الباحث موضوع بحثه، المقاربة هي مجموعة المفاهيم المستمدة من إحدى النظريات والتي تشكل إطارا عاما يساعد على فهم مشكلة البحث فهما علميا، كما تساعد على تحقيق الانسجام والاتساق بين مختلف اجزاء البحث، ولما كانت المقاربة بديلا عن الاتجاه أو المدخل ومع تعدد المداخل وكثرة المقاربات أضحت على الباحث أن يحدد بدقة المنظور الذي يعمل من خلاله والزاوية التي على أساسها يرى موضوع بحثه، وعلى اعتبار أننا في هذه الدراسة اعتمدنا على الاتجاه الوظيفي كمدخل لدراسة.

وأنا نرى أن المقاربة الأنسب للدراسة لتناول موضوع متطلبات الموارد البشرية ( التحفيز، التكوين، الرقابة التنظيمية، الثقافة التنظيمية) لجودة الخدمة الصحية، والذي شكل فيه الفعل الاجتماعي دورا محوريا، الفعل الاجتماعي الذي يُعنى بالسلوك في إطار الجماعة والذي انتقل فيه - الفعل الاجتماعي - من الفعل العقلاني المطلق ( الذي هو سمة من سمات المجتمع الحديث على حد تعبير ماكس فيبر ) التي يكون فيها فعل الأفراد فعلا عقلانيا، وتكون اختياراتهم نابعة من ذواتهم و بعقلانية حسابية يستبقون فيها نتائج أفعالهم إلى عقلانية محدودة، حيث أنّ الأفعال التي يضعها الفاعل أمامه ويسعى نحوها لن تتحقق بشكل مطلق.

ومن بين المطارحات في نظرية الفعل الاجتماعي تناولات كل من ماكس فيبر مرورا بتالكوت بارسونز وهربرت سيمون وصولا إلى التحليل السوسولوجي لميشال كروزيه و تلميذه ارهارد فريدبرغ، وهذا ما سنتناوله في الفصل القادم من خلال مناقشة الفعل الاجتماعي في النظرية السوسولوجية.

تمارس متغيرات الدراسة ( التحفيز، التكوين، الرقابة التنظيمية، الثقافة التنظيمية) أدوارا رئيسية على جميع المستويات والانشطة داخل التنظيم، حيث تساهم في ايجاد المناخ التنظيمي الملائم، الذي يعمل على تحسين وتطوير الاداء بشكل فعّال وملائم، مما يعمل على تحقيق الأهداف الفردية والجماعية والتنظيمية، وهذا من خلال تجسيد القيم والاتجاهات

والسلوك والعمل على تنمية المهارات ومراقبة الأداء ونبذ كل ما من شأنه أن يعرقل تحقيق أهداف المنظمة.

لقد تبنت الكثير من الدراسات التي قام بها علماء الاجتماع والإدارة ... البحث في هذه المتغيرات - متغيرات دراستنا - ، إذ تعتبر مدرسة الإدارة العلمية هي أول من لامس هذه الإشكالية والتي توصل فيها العالم فريدريك تايلور إلى مجموعة من الأسس كان من أهمها علاقة الحوافز المادية بالإنتاج، موضحاً بأن الأهداف المادية و اختيار وتدريب العمال وتقسيم العمل وتنمية روح التعاون هي الأسس لبعث العمال على الزيادة في الإنتاج كمياً ونوعياً، ثم جاءت مدرسة العلاقات الإنسانية والتي أولت إهتماماً بالغاً بالموارد البشري وذلك لتحقيق الكفاية الإنتاجية فتغيرت النظرة إلى الفرد العامل من مجرد فرد منتج ليصبح ينظر إليه على أنه عامل مساهم في خلق القيمة المضافة بالمؤسسة، وكذلك لكونه المحرك الذي يدفع بقية العوامل الأخرى بالمؤسسة لضمان استمرارها في النشاط، كما يضمن تحقيقها ميزة تنافسية تعزز مكانتها في ميدان تخصصها...

وبالإضافة إلى ما سبق فإننا قد حاولنا في دراستنا هذه النظر إلى ما توصل إليه تالكوت بارسونز رائد النظرية البنائية الوظيفية، من خلال مناقشته لموضوع الصحة والمرض، حيث يرى أنّ الصحة أمر ضروري لبقاء المجتمع وقيامه بوظيفته، لذلك عند إصابة الفرد بالمرض فإنه يصبح عاجز عن أداء أدواره الاجتماعية، وهكذا ينظر إلى الاعتلال الصحي بأنه انحراف اجتماعي، ويتم علاج هذا المرض - الانحراف - من خلال آليات مفهوم دور المريض وبواسطة عملية الضبط الاجتماعي التي يقوم بها الأطباء في معالجة المريض وتمكينه من الشفاء وإعادةه إلى حالته الطبيعية، فدور الطبيب يركز على جانبين أساسيين: الجانب الطبي المتخصص المعروف للطبيب، والجانب الاجتماعي، ويكتنف دور الطبيب عدة قيم ومعايير وأخلاقيات تملي عليه القيام بواجبه و أدائه لدوره وتكون بمثابة قوانين يحترمها وينفذها؛ ويرى بارسونز أنّ هناك مجموعة من التوقعات التي يجب أن يلتزم به الطبيب:

- أن يستخدم الطبيب كل خبراته ومهاراته ومعرفته لحل مشاكل المريض.
- أن يكون هدف الطبيب الأول هو راحة المريض وتحسين صحته و أن يضع الطبيب هذا الهدف فوق اهتماماته الشخصية.

- أن يكون حكمه على المريض من واقع ممارسته الطبية المتخصصة، بحيث يكون الطبيب مقتدرا ومتخصصا في مجال العناية حتى يستطيع أن يتعامل مع موقف الضعف الصحي.

- أن يتعهد بأن يكون متعاوناً في الوظائف التي تساهم في المحافظة على صحة الفرد ذاته، وأن يكون هو البادئ بالدور الأقوى والفعال في علاقته بمرضاه.

## خلاصة الفصل:

حاولنا في هذا الفصل تحديد إشكالية بحثية مناسبة للموضوع التي تتمحور حول متطلبات الموارد البشرية لجودة الخدمات الصحية، الذي لم يحظ بدراسات سوسيولوجيا معمقة ومتخصصة على غرار ربط الجودة بالصحة من منظور سوسيولوجي، ثم تطرقنا إلى الفرضيات المنبثقة عن سؤال الإشكالية، حيث تم تجزئة السؤال الرئيسي واشتقاق فرضيات منه، بعد ذلك تطرقنا إلى أهداف الدراسة المتوخاة، ثم حددنا الأسباب المباشرة التي دفعتنا إلى اختيار هذا الموضوع، ثم أهمية الدراسة، لنتطرق بعدها إلى عرض المفاهيم الرئيسية للبحث، وفي الأخير عرضنا الدراسات المشابهة والاقتراب السوسيولوجي الذي لامس موضوع دراستنا.



# الفصل الثاني

## سوسيولوجيا الموارد البشرية في المنظمة

أولاً. مفهوم وتطور الموارد البشرية في التنظيم  
ثانياً. أهمية و أهداف الموارد البشرية في التنظيم  
ثالثاً. السلوك والفعل الاجتماعي في النظرية  
السيكولوجية - سوسيولوجية

**تمهيد:**

إنّ الموارد البشرية تكتسب أهميتها في المنظمات الحديثة من كونها المصدر الحقيقي لتكوين وخلق الميزة التنافسية وتعزيزها، لذلك فإنّ تحقيق التميز في إدارة منظمة القرن الحادي والعشرين، لن يستند لمجرد امتلاكها الموارد الطبيعية أو المالية أو التكنولوجيا فقط بل تعتمد في المقام الأول إلى قدرتها على توفير نوعيات خاصة من الموارد البشرية، التي تمتلك القدرة على تعظيم الاستفادة من هذه الموارد، وبالتالي إنّ انتقال العالم من عصر الآلة إلى عصر المعلومات ثم عصر المعرفة يجعل من الموارد البشرية أهم الأصول التنظيمية ولذلك جاء هذا الفصل ليوضح ذلك من خلال:

أولاً: مفهوم وتطور الموارد البشرية في التنظيم.

ثانياً: أهمية وأهداف الموارد البشرية في التنظيم.

ثالثاً: السلوك والفعل الاجتماعي في النظرية السيكو- سوسولوجية.

## أولاً: مفهوم وتطور الموارد البشرية في التنظيم:

للموارد البشرية دور هام وأساسي تؤديه في عملية التنمية؛ كما يُمثل الاستثمار فيها أعلى عناصر الاستثمار عائداً، وأكثرها تأثيراً على عناصر الثروة الأخرى وتأتي أهمية الموارد البشرية من كون الإنسان محور كل نشاط، ومبعث حيوية وفعالية كل الثروات؛ وعليه يتوقف النجاح والكفاءة والنمو والتفوق والاستمرار والمنافسة ...

فكلمة موارد بشرية لغة مركبة من شقين، فالشق الأول الموارد Resources والتي تعني المصادر Sources أو الوسائل Means أو الثروة Wealth؛ ومورد هي المفرد، والمورد هو المكان الذي يأتي الناس إليه للحصول على شيء يحقق النفع.1

ويرى بعض رواد الفكر الإداري الحديث بأنّ الموارد البشرية هي:

✓ المورد الوحيد الحقيقي، ويؤكد ذلك بيتر دركر Peter drucker حيث يقول إنّ أي منظمة لها مورد واحد حقيقي هو الإنسان.

✓ الموارد الكامنة في أي منظمة وهي مصدر كل نجاح، إذا تم إدارتها بشكل جيد، وهي مصدر كل فشل إذا ساءت إدارتها. وتأخذ إدارتها لفظة موارد بشرية صيغة ( الجمع ) حيث يكون التفاعل والتواصل وفق ما يمكن أن تيسره قواعد وقوانين علم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع.

✓ الموارد البشرية لأي دولة أو منظمة هي تلك المجموعات من الأفراد القادرين على اداء العمل والراغبين في هذا الاداء بشكل جاد وملتزم، وحيث يتعين أن تتكامل القدرة مع الرغبة في إطار منسجم، وتزيد فرص الاستفادة الفاعلة لهذه الموارد عندما تتوفر نظم تحسينها وتصميمها وتطويرها بالتعليم والتدريب والتحفيز ...

وتجدر الإشارة بأنّ لكلمة الموارد البشرية عدة مرادفات نذكر منها العناصر البشرية، القوى العاملة، الأفراد... وعلى العموم فإنّ الموارد البشرية هي جميع العاملين بالمنظمة على مختلف تخصصاتهم الفنية والإدارية، سواء كانوا في مواقع التنفيذ أو اتخاذ القرار.

1 - مدحت محمد أبو النصر، إدارة و تنمية الموارد البشرية - الإتجاهات المعاصرة-، ط1، القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2007، ص16.

**1-تعريف إدارة الموارد البشرية:**

تعتبر إدارة الموارد البشرية من بين المفاهيم التي اسالت الحبر الكثير، فنجد أنّ كثيرا من المفكرين في علوم الادارة و علم الاجتماع ...اهتموا بها وهذا لما لها من أهمية في تحقيق نجاح المنظمة، حيث يعتقد أنّها تشكل بؤرة العمل الفردي والجماعي في المصانع المؤسسات الخدمائية؛ حيث تختص بتأهيل الأفراد وفرق البحث داخل منظومة العمل، من حيث توظيف العمال وتسييرهم، وتقرير الحوافز، وتجديد المهارات والمعارف، وتخطيط العلاقات، واستحداث التفاعلات، والارتقاء بأداء العمال، بالتكليف المستمر لسلوكاتهم مع مستجدات ومقتضيات المؤسسة، والتدريب...

كما تجدر الإشارة بأنّ هذا المفهوم تطور عبر مراحل وفترات زمنية متعاقبة متناسبا طرديا وتطور الفكر الإداري؛ حيث انتقل من المفهوم التقليدي كإدارة الافراد، إلى المفهوم الحالي الذي وصلت إليه حاليا، وهذا ما سنتعرض اليه لاحقا. سنسوق جملة من التعاريف لإدارة الموارد البشرية كما أوردها عدد من الرواد والمفكرين من المدرستين الغربية والعربية.

جاء في تعريف بعض الرواد والمفكرين الغربيين لإدارة الموارد البشرية على أنّها:

▪ **معهد إدارة الأفراد البريطاني:** " ذلك الجزء من الإدارة المهتم بالأفراد في العمل وبالعلاقاتهم داخل المنظمة."

يشير هذا التعريف إلى أنّ مسؤولية الإدارة تكمن في تحديد علاقات العمل بين العمال، بتخطيط العلاقات واستحداث التفاعلات والتواصل بينهم وتنميط سلوكهم، وتحديد مستويات المسؤوليات لكل فرد في المنظمة لما يخدم اهداف التنظيم.

▪ **Schuler** " هي ذلك الجانب من العملية الادارية المتضمن لعدد من الوظائف والأنشطة التي تمارس بغرض إدارة العنصر البشري بطريقة فعّالة وإيجابية لما يحقق مصلحة المنظمة ومصلحة العاملين ومصلحة المجتمع."

ركز Schuler في تعريفه على أنّها هي الإدارة التي يُعزى لها مسؤولية التنسيق و الإنسجام لتحقيق حاجيات الأفراد العاملين وأهداف التنظيم و النفعية للمجتمع برمته.

<sup>1</sup> - محمد بن دليم الفحطاني، إدارة الموارد البشرية - نحو منهج إستراتيجي متكامل-، ط2، الرياض : مكتبة العبيكان للنشر، 2008 ص 22.

- **Flippo** " تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة عمليات إختيار وتعيين وتنمية ومكافأة وتكامل وصيانة الموارد البشرية بغرض الإسهام في تحقيق أهداف المنظمة. "
- عرفها **flippo** من خلال المهام و الوظائف التي تمارسها إدارة الموارد البشرية من تحفيز وتدريب ... بغية تحقيق انتاجية عالية.
- **"Pigros,P"** و **"Myres,C"** " أنها عبارة عن القانون أو النظام الذي يُحدد طرق تنظيم معاملة الأفراد العاملين بالمنظمة، بحيث يمكنهم من تحقيق ذواتهم وإمكانياتهم وأيضا الإستخدام الأمثل لقدراتهم وإمكانياتهم لتحقيق أعلى إنتاجية <sup>1</sup> "
- يحاكي هذا التعريف التعاريف السابقة إلا أنه يشدد على ممارسة الإدارة للقانون وسلطة الضبط ( ordre ) لعقلنة إستخدام الموارد البشرية لِمَا يخدم اهداف التنظيم والعمال على حد سواء.
- أما ما جاء به المفكرون من المدرسة العربية فهو في عمقه يحاكي لما جاء في المدرسة الغربية:
- **عرفها عبد الفتاح المغربي<sup>2</sup>:** " جميع الأنشطة الإدارية المرتبطة بتحديد احتياجات المنظمة من الموارد البشرية، وتنمية قدراتها ورفع كفاءتها، ومنحها التعويض والتحفيز والرعاية الكاملة، هدف الاستفادة من جهودها وفكرها من اجل تحقيق أهداف المنظمة. "
- يشير تعريف المغربي على أنّ مهمة إدارة الموارد البشرية تتمثل في:
- تزويد متطلبات المنظمة من اليد العاملة بعد تسجيل النقص وتحديد أماكن الشغور عن طريق الاستقطاب المناسب والاختيار الكفء.
  - تأهيل الموارد البشرية وتجديد المهارات والمعارف، وتخطيط العلاقات، واستحداث التفاعات، والارتقاء بأداء العمال، بالتكليف المستمر لسلوكياتهم مع مستجدات ومقتضيات المؤسسة، والتدريب.
  - تعمل على تشجيع الكفاءات من العمّال بتحفيز وصرف العلاوات، في المقابل ايجاد حلول واقعية للمتقاعسين من العمّال، والعمل على دمجهم في دورة العمل.
  - الرقابة على اداء الموارد البشرية، ويتضمن ذلك من أنّ المهام المسندة إليهم تتم وفق الخطط المرسومة سلفا.

1 - صلاح الدين عبدالباقي، الإتجاهات الحديثة في إدارة الموارد البشرية، الإسكندرية: الدار الجامعة الجديدة للنشر، 2002، ص 17.

2 - عبدالحميد عبدالفتاح المغربي، الإتجاهات الحديثة في دراسات وممارسات إدارة الموارد البشرية، ط1، مصر: المكتبة العصرية للنشر، 2009، ص15.

▪ عرفها أبو النصر مدحت محمد<sup>1</sup>: " هي النشاط الخاص بتخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة العنصر البشري بالمنظمة من خلال رسم السياسات المتعلقة بالاختيار والتدريب والأجور والحوافز وتقييم الاداء وتوفير الخدمات الصحية والاجتماعية وصولاً إلى الإحالة إلى المعاش؛ بهدف تحقيق أهداف المنظمة والعاملين بها والمجتمع." يشير تعريف ابو النصر مدحت محمد على أنها الإدارة التي تهتم بشؤون العاملين من خلال:

- تخطيط الموارد البشرية: بتحديد احتياجات المنظمة من الموارد البشرية، بتحليل وتصميم الوظائف، للقيام بعمليات الاستقطاب والاختيار، والحصول على موظفين قادرين وراغبين في العمل لدى المنظمة.

- توفير بيئة تنظيمية صحية تسمح بنمو وتطور الموارد البشرية للمنظمة، عن طريق التحفيز والتدريب و رسم المسارات الوظيفية لعاملها من ولوجهم إلى المنظمة إلى غاية تقاعدهم.

- رسم السياسات والاجراءات المتعلقة بالعنصر البشري للتكيف مع الظروف البيئية المتغيرة.

▪ جاء في تعريف شامل لإدارة الموارد البشرية لعلي محمد عبد الوهاب على أنها 2:

- منهج العملية الإدارية:

إنّ نشاط إدارة الموارد البشرية يخضع لوظائف الإدارة المتعارف عليها، وهي التخطيط والتنظيم والتوجيه والقيادة والرقابة، فهي تخطط للموارد البشرية والمسار المهني للعاملين وتنظيم أنشطة هؤلاء وتنسق بينها في فرق عمل متكاملة، وتقود هؤلاء - بالتعاون مع الإدارات الأخرى - وتوجههم وترشدهم وتحفزهم وتحل مشكلاتهم، ثم تراقب نتائج الأداء للتحقق من درجة فاعليتها.

1 - مدحت محمد أبو النصر، مرجع السابق، ص62.

2 - علي محمد عبد الوهاب، " إدارة الموارد البشرية و أهميتها في تطوير الإدارة "، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب اسيا، الامم المتحدة، اجتماع استشاري لتنمية الإدارة العامة والمالية العامة، بيروت، 03 جويلية 2003 .

**- المنهج السلوكي:**

ويختص هذا المنهج بدراسة سلوك أعضاء القوة البشرية العاملة، وتحليل شخصياتهم ودوافعهم واتجاهاتهم والعوامل الاجتماعية المؤثرة عليهم، وذلك لتنمية السلوك التنظيمي الملائم الذي يحقق زيادة الإنتاجية، ورضا العاملين وإشباع حاجاتهم المادية والنفسية والاجتماعية.

**- المنهج الإجرائي:**

إنّ لكل نشاط من أنشطة إدارة الموارد البشرية إجراءات وخطوات يحقق إتباعها كفاءة هذا النشاط وفاعليته، مثلا إجراءات اختيار العاملين وخطوات تعيينهم ... شروط الترقية وقواعدها ... نماذج الترقية ووثائقها...

يعالج هذا المنهج إدارة الموارد البشرية باعتبارها نسقاً أو منظومة، تتكون من أجزاء متفاعلة تؤثر في بعضها بعضاً، وتتكون من مدخلات وعمليات ومخرجات، فأما المدخلات فهي مدير الموارد البشرية والعاملون معه، بالإضافة إلي الموارد والإمكانات الأخرى المادية والمالية والمعلومات وأما العمليات فهي كافة الأنشطة والمجهودات التي تقوم بها إدارة الموارد البشرية لتوفير الموارد البشرية الملائمة وتحفيزها وصيانتها واستمرار عطائها وأما المخرجات فهي تلك الموارد البشرية التي تتميز بالسلوك الملائم والقيم الإيجابية والدوافع المناسبة لإنجاز المهام المطلوبة منها. هذا بالإضافة إلي ما تقدمه إدارة الموارد البشرية من خدمات استشارية ومعاونة للإدارات الأخرى. ويقتضي منهج النظم أيضاً النظر إلي إدارة الموارد البشرية علي أنّها نظام مفتوح. إذ تعمل في بيئة معينة تنقسم إلي: بيئة داخلية - وهي المؤسسة التي توجد بها وتتأثر بأهدافها واستراتيجياتها وإمكاناتها، وبيئة خارجية - وهي المجتمع الذي تعمل به المؤسسة وما فيه من عوامل إيجابية وسلبية، ومن فرص ومعوقات، تحدث أثرها علي سياسات إدارة الموارد البشرية وأهدافها وخططها وإنجازاتها.

**- منهج النظم:**

يعالج هذا المنهج إدارة الموارد البشرية باعتبارها نسقاً أو منظومة، تتكون من أجزاء متفاعلة تؤثر في بعضها بعضاً، وتتكون من مدخلات وعمليات ومخرجات، فأما المدخلات فهي مدير الموارد البشرية والعاملون معه، بالإضافة إلي الموارد والإمكانات الأخرى المادية والمالية والمعلومات. وأما العمليات فهي كافة الأنشطة والمجهودات التي تقوم بها إدارة

الموارد البشرية لتوفير الموارد البشرية الملائمة وتحفيزها وصيانتها واستمرار عطائها، وأمّا المخرجات فهي تلك الموارد البشرية التي تتميز بالسلوك الملائم والقيم الإيجابية والدوافع المناسبة لإنجاز المهام المطلوبة منها هذا بالإضافة إلي ما تقدمه إدارة الموارد البشرية من خدمات استشارية ومعاونة للإدارات الأخرى.

ويقتضي منهج النظم أيضا النظر إلي إدارة الموارد البشرية علي أنّها نظام مفتوح إذ تعمل في بيئة معينة تنقسم إلي: بيئة داخلية - وهي المؤسسة التي توجد بها وتتأثر بأهدافها واستراتيجياتها وإمكاناتها، وبيئة خارجية - وهي المجتمع الذي تعمل به المؤسسة وما فيه من عوامل إيجابية وسلبية، ومن فرص ومعوقات، تحدث أثرها علي سياسات إدارة الموارد البشرية وأهدافها وخططها وإنجازاتها.

#### - المنهج المتكامل:

إذا أخذنا هذه المناهج الأربعة، نجد أنّها تكمل بعضها بعضا لتقرز لنا مفهوماً جديداً متكاملًا لإدارة الموارد البشرية، فهي تلك العملية الإدارية التي:

- أ - تعمل في إطار بيئي معين، اقتصادي واجتماعي وتكنولوجي وتعليمي.
- ب - وتمارس وظائف التخطيط والتنظيم والقيادة والتوجيه والرقابة لتوظيف الطاقات البشرية المتاحة.
- ج - وتطبق النظريات النفسية والسلوكية والسوسيولوجية في التعامل مع العاملين للحصول علي السلوك الوظيفي الملائم.
- د - وتضع مجموعة من الإجراءات والخطوات الملائمة للقيام بهذه الجهود.
- هـ - وذلك للحفاظ علي استمرار صلاحية الموارد البشرية وصيانتها وتحفيزها وتنميتها وتطويرها.
- و - لتحقيق كل من الأهداف الكلية للمنظمة، والأهداف الشخصية للعاملين من إشباع دوافعهم واستمرار ولائهم وعطائهم.



## 2- المراحل التاريخية لتطور إدارة الموارد البشرية:

إنّ تطور إدارة الموارد البشرية جاء نتيجة الإهتمام المتزايد بالدور الريادي الذي يلعبه المورد البشري في نجاح المنظمات، حيث شهدت الحضارات القديمة مساهمة الموارد البشرية في بناء الحضارات الإنسانية؛ وبالتالي فإنّ إدارة الموارد البشرية بشكلها الحديث ليست وليدة الظروف الحالي، إنّما هي نتيجة للتطورات العالمية، التي ساهمت بشكل مباشر أو غير مباشر في تغييرها من حيث المفهوم والوظيفة، وإظهارها كإدارة متخصصة تهتم بشؤون العاملين بالمنظمة بأساليب علمية بما يحقق إنتاجية عالية للمنظمة، وفيما يلي ملامح لتلك المراحل التاريخية التي مرّ بها تطور إدارة الموارد البشرية:

### 2-1- مرحلة العبودية:

تميّزت هذه المرحلة بعدم وجود نظام لدفع لأجور، لذلك لا تحتاج المنظمة إلى وظيفة مستقلة لإدارة الموارد البشرية، فإهتماماتها تصبح مشابهة لإهتماماتها بشراء أي شيء مادي آخر ليقصر دورها في شراء الرقيق بالعدد والمواصفات التي تحتاجها المنظمة، وتعويض من يموت ومن دون الحاجة للإهتمام بتعويضهم، أو منحهم اجورا أو حوافز أو تطويرهم أو الإهتمام بهم 1 يدفع لهم المأكل والملبس والمأوى للنوم، وهم في خدمة سيدهم إلى الموت هذا من حيث الإهتمام بالمورد البشري نفسه؛ لكن الملاحظ في الحضارات القديمة أنّها عرفت تطورات مذهلة، من حيث شق الطرق وبناء السدود والأهرامات... وما الآثار والشواهد التي نراها اليوم، كجسر صين العظيم، والأهرامات المصرية الشامخة... إلّا شواهد على عظمة ما قدّمه هؤلاء العبيد للحضارة الإنسانية.

### 2-2- مرحلة الطوائف والصناعات المنزلية:

الطائفة هي مجموعة من الحرفيين والصناع أو المهنيين ظهروا في المدن والمتخصصين بمهنة واحدة ليحتكروا ممارستها في منطقة معينة، ونجد فيها الأستاذ والمتدرب والأجير؛ وقد تميزت هذه المرحلة بظهور العمالة متمثلة بالأجراء الذين لهم أجور محددة من قبل الطائفة وفقا لساعات العمل.

بدأ الإهتمام بالإنسان كمورد بشري عند تطور الحرف والصناعات الصغيرة، وبدأ بالأساس لتهيئة مساعدين وخلف، لتنظيم شؤون الحرف ومساعدة أفرادها، ولم يحتاج

1 - يوسف حجم الطائي، وآخرون، إدارة الموارد البشرية - مدخل إستراتيجي متكامل -، ط1، الاردن: دار الوراق للنشر والتوزيع، 2006، ص55.

اصحاب الحرف في تلك المرحلة أنظمة عمل أجور وتعيين بسبب صغر حجم المنظمات، ولكونها أسرية ذات ملكية فردية ولكونهم كانوا بحاجة إلى ما يلي:1

- برامج تأمين لتوفير التعويض لهم عند بلوغ الشيخوخة أو الإصابة بحوادث.
- قواعد لتحديد دور " المعلم " في تأهيل المساعد لمنع الإستغلال.
- قواعد لتصنيف مستوى تأهيل العاملين وتحديد من هو " معلم " في صنعته.

وقد عالج اصحاب الحرف والعمال هذه الحاجات بتكوين نوع من الجمعيات التعاونية فيما بينهم وأسموها " طائفة " .

وطورت هذه الطوائف نظام – التلمذة الصناعية – Apprenticeship، كنظام لتعليم وتأهيل حرفيين جدد، فوضعت شروط للتلمذة تشمل واجبات وحقوق كل من المدرب والتلميذ، وغالبا ما كان التلميذ يعمل بدون مقابل خاصة في مرحلة التلمذة الأولى، بإعتباره يعمل ليتعلم الحرفة، ثم يحصل على نوع من الشهادة يعترف بها مدربه بإملاكه المؤهلات لممارسة الحرفة.

### 2-3- مرحلة الثورة الصناعية:

جاءت الثورة الصناعية لتتزامن مع ثورات عديدة في المجالات الثقافية والسياسية والفكرية والتي ظهرت منذ منتصف القرن الثامن عشر، والتي تميزت بظهور الكثير من الكتابات التي نبهت إلى ضرورة الإهتمام بالعنصر البشري، يتقدمها عالم الإقتصاد الإنجليزي آدم سميث **Adem Smith** ( 1723 - 1790 ) بتأكيده على أهمية مبادئ أساسيين هما:

- تقسيم العمل؛
- التخصص؛

كما جاء في كتاب **Robert Owen** ( 1771 - 1858 ) ضرورة تبني نظرة جديدة للمجتمع وقد جسّد ذلك من خلال بنائه لقرية العمل العصرية في مصنعه للقطن بإسكتلندا واضعا جهازا إداري يشرف على شؤون العمال، فكان سباقا في ممارسة مهمة أساسية من مهام

1 - المرجع السابق، ص 56.

شؤون العمال بمفهومها العلمي، وهي العناية بالعاملين من حيث الخدمات الصحية والتأمينات ... وقد صاحب ظهور الثورة الصناعية عدة ظواهر أهمها:

- التوسيع في استخدام الآلات وإحلالها محل العمال.
- تجمع عدد كبير من العمال في مكان العمل وهو المصنع.
- هجرة اصحاب الحرف والتحاقهم بنظام المصنع؛ ليقضى على نظام الصناعات المنزلية.

وقد نتج عن نظام المصنع الكثير من المشاكل اثرت في تطوير إدارة الموارد البشرية بالرغم ما حققه هذا النظام من زيادة في الانتاج والسلع ورأس المال. وعموما فإن ما ميّز هذه الفترة هو وجود علاقات عمل على مستوى وظيفة إدارة الموارد البشرية لكن غير منتظمة، فكان الهدف زيادة إنتاجية المصنع، بغض النظر عن الإهتمام بالعامل.

#### 2-4- مرحلة الإدارة العلمية:

خلق نظام المصنع الجديد ثورة عالمية وديناميكية اقتصادية واجتماعية وعلمية في الشعوب والأمم التي ظهر فيها وتتلخص أهم انعكاساته في النقاط التالية، وهذا إضافة إلى ما أشرنا إليه:

- توسع النشاط الاقتصادي ( ازدياد شبكة الطرقات والمواصلات، إفتح أسواق جديدة...)
- التحاق المزارعين بنظام المصنع الجديد.
- ارتفاع في عدد المهاجرين نحو المدن الصناعية.
- ازدياد الكثافة السكانية في المدن الصناعية.

نوعية وكثافة العمالة بالمصنع - تعدد الثقافات - واهتمام اصحاب المصانع بالربحية فقط أدى الى ظهور انخفاضات في مردودية بعض المصانع، الأمر الذي استرعى نظر بعض المهندسين الاداريين كفريديريك تايلور ( 1841 - 1925) الذي دعا إلى الإهتمام بإدارة الموارد البشرية؛ فقد عمدت حركة تايلور الى تحديد مواصفات الأعمال والإنسان والوقت والعمليات إلى استخدام المنهج العلمي، وعمد تايلور على التركيز على مجموعة من الافتراضات أهمها: تصميم العمل وفق قواعد دراسة الحركة والوقت، الاختيار المناسب

للعاملين، وتدريبهم، وإعطائهم أجور حافزة مقابل الاداء الجيد، وضرورة التعاون الحقيقي بين الإدارة والموارد البشرية 1.

يُلاحظ من خلال افتراضات تايلور بأنه ركز على إدارة الأفراد بدلا من إدارة الموارد البشرية فلفسفته قائمة مع إدارة الافراد لزيادة الإنتاجية من خلال استخدام الأساليب العلمية في توجيه وإدارة العمل.

## 2-5- حركة العلاقات الإنسانية:

جاءت ردود فعل عنيفة جراء مبادئ التaylorية لاهتمامها بالجانب المادي فقط دون مراعاتها للجانب الانساني، واعتبار العامل كآلة خالية من المشاعر و الأحاسيس، وفيما يلي أهم العوامل التي رفضت نتائج التaylorية ولكنها ساهمت في تطوير وظيفة إدارة الموارد البشرية2:

- ادى التطبيق الصارم لطريقة الإدارة العلمية إلى ظهور بعض السلبيات مثل الغيابات المتكررة والتبذير في إستعمال الموارد الأولية، وانتشار ظاهرة الملل والضغط ...3
- زيادة الوعي لدى العمال نتيجة ارتفاع مستواهم الثقافي.
- ظهور تنظيمات عمالية منظمة للمطالبة بزيادة الأجور، وتقليص ساعات العمل، وتحسين ظروف العمل والاهتمام بصحة العمال ...
- ظهور علم النفس الصناعي وتطور الإدارة العلمية.

هذه جملة من الأسباب وغيرها ساهمت في ظهور بعض المتخصصين في إدارة الموارد البشرية وأنشئت أقسام موارد بشرية مستقلة؛ وأعد أول برنامج تدريبي لمديري هذه الأقسام وفي سنة 1915 قامت 12 كلية بتقديم برامج تدريبية في إدارة الموارد البشرية.

وما بين الحربين العالميتين ظهرت حركة العلاقات الإنسانية بقيادة إلتون مايو ( 1841 - 1925) والتي دعت إلى ضرورة تحسين العلاقات الاجتماعية بين المشرفين والعاملين ومراعاة سلوكيات الجماعة، والاهتمام بمشاعر العاملين واتجاهاتهم ومعنوياتهم وارتباطها بالإنتاجية 4.

1 - أحمد ماهر، إدارة الموارد البشرية، الإسكندرية: الدار الجامعية، 2006، ص36.  
 2 - بوحنية قوي، تنمية الموارد البشرية في ظل العولمة ومجتمع المعلومات، ط1، عمان: مركز الكتاب الاكاديمي، 2010، ص64.  
 3 - ناصر دادي عدون، إدارة الموارد البشرية والسلوك التنظيمي، الجزائر: دار المحمدية العامة، 2003، ص13.  
 4 بوحنية قوي، مرجع سابق، ص68

## 2-6- مرحلة مدرسة الإهتمام بالفرد والموارد البشرية:

بالرغم من أهمية النتائج التي توصل إليها رواد العلاقات الإنسانية والنجاحات التي حققتها في تحسين ظروف العمل والأجور ومناصرة النقابات... إلا أن المصطلح الذي يشير إلى الموارد البشرية ظل في حدود ما يسمى بإدارة الأفراد وبوضع تنظيمي ووظيفي غير محدد، وتجدر الإشارة أن مدرسة العلاقات الانسانية كانت بحق أساسا في دراسة العلوم السلوكية ومدخلا جديدا في إدارة الأفراد، إلا أنه يُؤخذ عنها إغفالها بعض الجوانب:

- إغفالها الإهتمام بالفرد ذاته والدوافع النفسية والذاتية المحددة لنمط سلوكية.
  - إيمانها الجازم على أن تحقيق أهداف التنظيمات غير رسمية كفيلة بالوصول إلى أهداف المنظمة الرسمية.
  - إغفالها عن أهمية السياسات والإجراءات والمعايير وقواعد العمل الجيدة في توجيه سلوك العاملين نحو أهداف المنظمة.
- يضاف إلى هذه العوامل عوامل أخرى ساهمت في تطوير وظيفة إدارة الموارد البشرية وتوسيع نطاق اعمالها:

- الإتجاهات الحديثة لإدارة الموارد البشرية والمستخلصة من أعمال ودراسات في علم النفس وعلم النفس الإجتماعي وعلم الإنسان والعلوم الإدارية وعلم اجتماع التنظيم وما صاحبها من علوم سلوكية تهدف إلى دراسة السلوك الانساني في الإدارة، والذي يُعد أكثر شمولاً من مدخل الإدارة العلمية، ومدخل العلاقات الإنسانية، وذلك لأنه يراعي بيئة وظروف العمل وأثرها على السلوك<sup>1</sup>.
- أثر التطور العلمي و التكنولوجي والعولمة: إن التطور في التكنولوجي مشاريع المنظمات الصناعية والخدماتية، تحتاج الى يد عاملة ماهرة لأداء المهام، ولذلك تسعى هذه المنظمات الى تطوير عاملها.
- التغيرات في خصائص الموارد البشرية في المنظمة: أدى التطور التكنولوجي والتغيرات الاقتصادية إلى تغير في تركيبة الموارد البشرية في المؤسسات وهذا للأسباب<sup>2</sup>:  
 ✓ ارتفاع نسبة حملة الشهادات العليا واصحاب التخصصات العلمية.  
 ✓ توسع حجم قطاعات الخدمات الذي أصبح أكبر قطاع ( التعليم، الصّحة، البنوك..).

1 - عبدالباري ابراهيم درة، زفير نعيم الصباغ، إدارة الموارد البشرية في القرن الحادي والعشرين، ط2، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع ، 2010، ص 41.

2 - يوسف حجيم الطائي، وآخرون، مرجع سابق، ص61.

✓ ارتفاع نسبة شاغلي الوظائف المكتبية والخدمية.

هذا ويضيف حنية قوي 1:

✓ ارتفاع تكلفة العمل الإنساني، حيث تمثل الأجور النسبة العالية و المتزايدة من تكاليف الانتاج في جميع المنظمات.

✓ توسع المشروعات الصناعية، والذي أدى إلى تضخم المنظمات، وظهور أشكال حديثة، كالشركات المتعددة الجنسيات، والشركات القابضة والمساهمة.

✓ زيادة التدخل الحكومي.

✓ زيادة دور وأهمية المنظمات العمالية، والحركات النقابية وازدياد نفوذها في مواجهة الصراعات بين الإدارة والعاملين.

هذا وتجدر الإشارة أن بعض الكتاب قسموا مراحل تطور إدارة الموارد البشرية حسب المداخل التالية:2:

❖ المدخل العقلاني المغلق: الذي ظهر مع ممارسات إدارة الأفراد والقوى العاملة.

❖ المدخل الطبيعي المغلق: الذي ميّز هذه الوظيفة في ظل إتجاه العلاقات الإنسانية.

❖ المدخل العقلاني المفتوح: وهو الممارس في ظل إدارة الموارد البشرية كمفهوم حديث.

❖ المدخل العقلاني المفتوح: والذي يميز وظيفة تنمية الموارد البشرية.

ونتيجة التطورات السابقة إتسعت إدارة الأفراد التي أطلق عليها إدارة الموارد البشرية حالياً فتعدّت الدور الإداري التنفيذي، لتشمل الإختيارات الإقتصادية التفاوض حول عقود العمل بحوث الإتجاهات والسلوك ومتابعة تشريعات العمل، وبالتالي اصبحت وظيفة إدارة الموارد البشرية تحرير قوة الإبداع والإختراع للأفراد وتحسين مستوى الأداء، مما يضمن تقوية المراكز التنافسية للمنظمة والقدرة على التكيف لمواجهة التغيرات السريعة للبيئة الخارجية خاصة في ظل تحديات العولمة.

<sup>3</sup> - المرجع السابق، ص78.

ثانيا :أهمية وأهداف الموارد البشرية في التنظيم:

### 1-أهمية الموارد البشرية في التنظيم:

تأتي أهمية إدارة الموارد البشرية من أهمية المورد البشري نفسه في التنظيم وهذا للإعتبارات التالية :

- تغير النظرة إلى العنصر البشري من عنصر إنتاج إلى أصل من أصول المنظمة.
- الموارد البشرية هي التي تقوم بإتخاذ القرارات التي تحقق فرص نجاح المنظمة وحل مشكلاتها.
- التدخل الحكومي من خلال إصدار قوانين تتعلق برفاهية الأفراد والمساواة في العمل والضمان الإجتماعي والتأمين الصحي.
- ظهور النقابات والإتحادات العمالية، والمطالبة بحقوق العاملين زاد من ضرورة الإهتمام بالموارد البشرية، وضرورة التنسيق وخلق جو من الود والتعاون بين الإجارة والموارد البشرية.
- أدى تزايد التحديات العالمية التي تواجه منظمات الأعمال في الوقت الراهن إلى ضرورة الإستثمار في الموارد البشرية حتى يمكن توفير المديرين القادرين على إدارة المنظمات المعقدة بما تحمله من ضرورة إتباع أساليب إدارية معاصرة مثل إدارة الجودة الشاملة والجودة البشرية، وتمكين العاملين، والهندسة الإدارية.
- ويرصد أحمد سيد مصطفى أهمية الموارد البشرية من خلال المحاور التالية1:
- الموارد البشرية أساس الاستقلال والنفوذ الاقتصادي.
- الموارد البشرية أداة تنافسية عالمية.
- العقول المبتكرة وتخفيض فاتورة التكنولوجيا المستوردة.
- العقول المبادئة تعظم القيمة المضافة.
- العقول البشرية تكمل الثروة القومية.
- استقطاب العقول أصبح ساحة للصراع العالمي.
- الإدارة الفاعلة للموارد البشرية الأمن القومي.

1 - مدحت محمد ابو النصر ، مرجع سابق، ص34.

كما يرجع الكثير من الاستراتيجيين التنظيميين سبب الإهتمام المتزايد بالموارد البشرية إلى شدة وعمق التغيرات، وزيادة درجة عدم التأكد، والتعقيد الذي يعرفه المحيط الحالي للمنظمات مما يتطلب إيجاد حلول استراتيجية تسمح للمنظمة بالتغلب على منافسيها أو حتى التكيف مع ما يحدث في المحيط؛ فالمحيط الجديد للأعمال يفرض أكثر من أي وقت مضى، على المنظمات أن تجد عاملاً يسمح بتمييزها عن منافسيها، كما تكون قادرة على خلق ميزة تنافسية مستدامة وتشير " ليندة رقام " أنه لتحقيق الميزة التنافسية التي تستند على الموارد البشري يجب أن تتوافر على V.R.I.O :

❖ **قادرة على خلق القيمة:** امتلاك المنظمة لموارد بشرية كفاءة من أصحاب الأداء العالي والتميز يعمل على إضافة قيمة للمنتج أو الخدمة، الأمر الذي يلبي إحتياجات العملاء، وبالتالي بقدر ما يكون رصيد المنظمة مكون من رأس مال بشري متميز وقيماً بقدر ما يكون للمنتج أو الخدمة قيمة مضافة تختلف عن باقي المنظمة تعمل الفارق.

❖ **وحيد أو نادر:** تعمل المنظمات الرائدة على استغلال قدرات بعض المتميزين من الموارد البشرية، والذين يعملون على صناعة الفارق بالإبداع والإبتكار وخاصة تلك الموارد البشرية المتخصصة هي وحدها التي تصنع الميزة التنافسية.

❖ **من الصعب تقليده:** على المنظمات لضمان استمرارية نجاحها ولغلق باب تقليد منتجاتها تنمية وتغذية خصائص تلك المنتجات حتى يصعب على المنظمات الأخرى التقليد، بما يسمى اليوم السلع المقلدة.

❖ **التنظيم:** يجب على المنظمة أن تضع تنظيمًا فعالاً من أجل استثمار مواردها البشرية وتلبية إحتياجات عملائها.

وخلاصة لما تقدم فإنّ الموارد البشرية تكتسب أهميتها في المنظمات الحديثة من كونها المصدر الحقيقي لتكوين وخلق الميزة التنافسية وتعزيزها، لذلك فإنّ تحقيق التميز في إدارة منظمة القرن الحادي والعشرين، لن يستند لمجرد إمتلاكها الموارد الطبيعية أو المالية أو التكنولوجيا فقط، بل تعتمد في المقام الأول إلى قدرتها على توفير نوعيات خاصة من الموارد البشرية، التي تمتلك القدرة على تعظيم الإستفادة من هذه الموارد، وبالتالي إنّ إنتقال



العالم من عصر الآلة إلى عصر المعلومات ثم عصر المعرفة يجعل من الموارد البشرية أهم الأصول التنظيمية.

## 2- أهداف إدارة الموارد البشرية:

إنّ نجاح المنظمة مرهون بمدى اهتمامها بالموارد وخاصة الموارد البشرية، فلضمان استمرارية ونجاح المنظمة عليها أن تُعنى بصفة مستمرة بمواردها البشرية وبالطريقة التي تستغل وتتمي هذا المورد، ومن هذا المنطلق فإنّ الأهداف التي تسعى إليها إدارة الموارد البشرية بالمنظمة هي نفسها الأهداف التي تسعى إليها الإدارة بصفة عامة؛ ومن الأهداف نذكر أهمها فيما يلي:

- استعمال الطرق العلمية والمحفزة لاستقطاب واختيار الموارد البشرية الكفاءة عن طريق تحديد مؤهلاتهم ومواصفاتهم ومواصفات الأعمال والبحث عن مصادر القوى العاملة للاستفادة القصوى من هذه الموارد لتحقيق اهداف المنظمة.
- اقتراح الخطط التطورية للمنظمة من خلال إستغلال القدرات البشرية المتوفرة.
- العمل على خلق قوة عمل متجانسة على أساس وجود خصائص مشتركة في القوى العاملة ( المستوى الثقافي، الخلقية السلوكية والاجتماعية ...).
- قوة عمل منتجة تحقق الانتاج وفق معايير محددة مسبقا وفي الوقت المحدد وبالمواصفات المحددة ، تلبية لرغبة العميل.
- قوة عمل فعّالة: ما يتم إنجازه يتم بأحسن الطرق وأقل التكاليف وأقصر وقت.
- تنمية قدرات الأفراد: تطوير الموارد البشرية وتدريبهم لما يتواءم مع التغيرات المختلفة .
- تحقيق الإنتماء والولاء: بمعنى ضمان رفاهية وإستقرار العاملين وضمان مستقبلهم الوظيفي.
- توفير الحماية للعاملين والصحة والسلامة المهنية للمحافظة على قوة العمل وتجنب الإستخدام غير السليم للأفراد حتى يضمن إنتماء السير الحسن لهم، وكذا توفير جو من العمل يسوده حرية الحركة والتعبير.

ويتضح مما سبق أن أهداف إدارة الموارد البشرية تتجسد في تحقيق الأهداف التنظيمية بحسن إستثمار الموارد البشرية ورفع كفاءتها، وتفعيل السياسات الداخلية التي تعزز موقع المنظمة الإستراتيجي بجانب إتاحة المجال للعاملين لتعبير طاقاتهم وكشف إبداعاتهم

وتمكينهم من المشاركة الفاعلة وتوطين التقنية الحديثة في الأجهزة الحديثة التنظيمية والمحافظة على بيئة العمل وجعلها بيئة حيوية.

### ثالثا: السلوك والفعل الاجتماعي في النظرية السيكو-سوسولوجية:

في عرضنا للتطور التاريخي لإدارة الموارد البشرية رأينا مدى مساهمة نتائج البحوث في العلوم الاجتماعية في تطوير إدارة الموارد البشرية، فالأفراد في التنظيم لهم طباع مختلفة واتجاهات وقيم ودوافع مختلفة وقدرات مختلفة، فالأفراد مختلفون والوظائف مختلفة، ومهمة إدارة الموارد البشرية هي التوفيق بينهما<sup>1</sup>.

فكان من الضروري وجود علم منظم يساعد في فهم تلك الاختلافات بين هؤلاء الأفراد أو الجماعات حتى يمكن من ضمان تحقيق درجة عالية من التفاهم والتناغم والتناسق بينهم كأنهم فرد واحد، فدراسة السلوك في المنظمات من شأنه أن يساعد على فهم السلوك والتنبؤ به وضبطه التحكم فيه والسيطرة عليه.

وتجدر الإشارة أنه توجد إختلافات جوهرية بين المفهومين السلوك والفعل الاجتماعي إختلافات مرتبطة بالحدود الإبستمولوجية لكل تخصص ( علم النفس، علم الاجتماع ) وأخرى مرتبطة بإختلافات في التصورات النظرية والمذهبية داخل كل تخصص في حد ذاته. وفي هذا الصدد يشير محمد المهدي بن عيسى<sup>2</sup> بأنه لتفسير السلوك البشري أو الفعل الاجتماعي داخل المنظمة، كان موضوع لعدة مقاربات:

- ✓ أن السلوك البشري تحكمه الاستعدادات النفسية والثقافية للأفراد.
- ✓ أن السلوك البشري داخل المنظمة هو إجابة لوضعية خاصة وواعية يقدمها الأفراد لها.
- ✓ أن الفعل الاجتماعي هو موقف استراتيجي من طرف الفاعل.
- ✓ السلوك البشري داخل المنظمة هو نتاج لقدرة ثقافية وحضارية.

### 1- السلوك والدافعية في التنظيم منظور سيكولوجي:

يعتبر سلوك الإنسان غاية في التعقيد يشمل جميع أوجه النشاط العقلي والحركي والإنفعالي والاجتماعي؛ فالإنسان منذ ولادته وهو يحاول إشباع حاجاته ودوافعه بكافة صور السلوك وأشكاله ومواجهة مختلف مطالب الحياة التي يعيشها.

1 - أحمد ماهر، إدارة الموارد البشرية، مصر: الدار الجامعية، 2006، ص22.

2 - محمد مهدي بن عيسى، علم اجتماع التنظيم من سوسولوجية العمل الى سوسولوجية المؤسسة، ط1، الجزائر: مطبعة امبابلاست، 2010، ص12.

فقد عُرّف السلوك على أنه " مجموعة من التصرفات والتغيرات الداخلية والخارجية التي يسعى عن طريقها الفرد لأن يحقق عملية التكيف والتوفيق بين مقومات وجوده ومقتضيات الإطار الإجتماعي الذي يعيش داخله".<sup>1</sup>، وعُرّف ايضا على أنه " سلسلة من الاختيارات يقوم بها الفرد من بين إستجابات ممكنة عند تنقل الفرد من موقف إلى آخر.<sup>2</sup> فالإنسان يواجه في حياته عدد لا حصر له من المواقف وعليه أن يختار الإستجابات المناسبة والسلوك المناسب الذي يقود إلى الهدف، وهذا النشاط الكبير المتنوع الذي يقوم به الفرد في مواجهة المواقف وبغرض الوصول إلى أهدافه هو ما يطلق عليه السلوك؛ بهذا المعنى فإنّ السلوك هو الإستجابات التي تصدر عن الفرد نتيجة لإحتكاكه بغيره أو نتيجة لإتصاله بالبيئة الخارجية، ويتضمن السلوك بهذا المعنى كل ما يصدر عن الفرد من عمل حركي أو تفكير أو كلام أو مشاعر أو إنفعالات، وهذا يجزنا إلى الإشارة بمصادر السلوك:

• الإنفعالات المنعكسة: إستجابات متماثلة تصدر عن الإنسان بسبب بعض المثيرات:

مثير ك ك ك إستجابة

الدوافع: لا يحدث السلوك إلا نتيجة لوجود دوافع تحركه، ويظل سلوك الفرد في حالة توتر ونشاط مستمر إلى أن يتحقق الهدف المنشود.

وكلما زادت أهمية الدافع كلما زادت درجة التوتر وكميته والعكس صحيح؛ وللسلوك الإنساني محددات:

❖ المحددات الفيزيولوجية: المرتبطة بالتكوين العضوي للفرد: الوراثة الجهاز العصبي،

الحواس، العضلات، الغدد...

❖ المحددات السيكلوجية: المرتبطة بالعمليات النفسية للفرد: التفكير، الإدراك، الإتجاه ،

الدافع ، الشخصية ...

### 1-1- النظريات المفسرة للدافعية:

يعتبر مفهوم الدافعية بمثابة أحد المفاهيم السلوكية الأساسية التي تقيس الرغبة الحقيقية للفرد على أداء عمل ما، ومن ناحية أخرى فإنّ الدافعية تقوم على تحريك السلوك وتنشيطه وتوجيهه والمحافظة على إستدامته حتى تشبع الحاجة ويعود التوازن؛ وعلى هذا النسق جاءت جملة من التعاريف لمفهوم الدافعية؛ حيث عرفها إدوارد . ج . موراي " القوى

1 - ناصر دادي عدون، إدارة الموارد البشرية والسلوك التنظيمي - دراسة نظرية وتطبيقية -، الجزائر: دار المحمدية العامة، 2003، ص59.  
2 - فاروق عبده فلية، السيد محمد عبد الحميد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، عمان: دار المسيرة، 2005، ص29.

أو الطاقات النفسية الداخليّة التي توجّه وتنسق تصرفات الفرد، وسلوكه في أثناء إستجابته للمواقف والمؤثرات البيئية المحيطة .<sup>1</sup>، وعرفها إبراهيم درة " الدوافع هي الرغبات والحاجات وأية قوى مشابهة تُسير و توجه السلوك الإنساني نحو أهداف معينة، فتكون الدافعية هي كل ما يتعلق بالموارد التي تنشط السلوك الإنساني أو تحافظ عليه في مستوى معين أو توجهه وجهة معينة ."<sup>2</sup>

وعُرفت على أنّها " جملة من الرغبات والحاجات والقوى الكامنة الداخلية المحركة والموجهة للسلوك الإنساني نحو تحقيق أهداف معينة . " <sup>3</sup>

يُعرفها عمر وصفي عقيلي " تمثل الدافعية نقطة إهتمام مركزية، إذ أنّها المحرك الرئيسي لسلوك الإنسان، ويتلخص مفهوم الدافعية في مجموع الرغبات والحاجات والميول والاتجاهات التي توجه السلوك نحو الهدف المراد تحقيقه."<sup>4</sup>

ومما تقدم يتضح أنّ الدافعية هي حالة فسيولوجية نفسية داخلية تحرك الفرد للقيام بسلوك معين لتحقيق هدف محدد، وإذا لم تحقق هذا الهدف يشعر الإنسان بالضيق والتوتر حتى يحققه، وبهذا المعنى فإنّ الدافعية تعني أنّها شحنة داخلية تجعل من الفرد في حالة توتر عند النقص أو الحاجة ولا ترجع للاتزان إلاّ عندما يتحقق المرجو بلوغه.

وانطلاقاً من معرفة دوافع السلوك الإنساني بوجه عام؛ انطلقت الدراسات والأبحاث في التنظيمات الحديثة للكشف عن الأسباب الكامنة وراء السلوك الذي ينتهجه الافراد داخل التنظيمات من العزوف عن العمل، الغيابات، انخفاض وتيرة الإنتاج، الصراعات بين العمال والإدارة... وإيجاد الحلول المناسبة، وتنسيق متطلبات التنظيم وأهداف الموارد البشرية العاملة فيه. وبنفس النسق الذي عُرفت به الدافعية عموماً؛ فقد عرفها أحمد صقر عاشور<sup>5</sup>، في التنظيم " تمثل عاملاً هاماً يتفاعل مع قدرات الفرد ليؤثر على سلوك، الأداء الذي يبديه الفرد في العمل، وهي تمثل القوة التي تحرك وتستثير الفرد لكي يؤدي العمل، وهذه القوة تتعكس في كثافة الجهد الذي يبذله الفرد، وفي درجة مثابرتة واستمراره في الأداء، وفي مدى تقديمه لأفضل ما عنده من قدرات ومهارات في العمل." في حين يراها البعض:

1 - إدوارد ج. موراي، الدافعية والانفعال، (ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة)، القاهرة: دار الشروق، 1988، ص28.  
 2 - عبدالباري إبراهيم، زهير نعيم الصباح، إدارة الموارد البشرية في القرن الحادي والعشرين منحنى نظمي، عمان: دار وائل، 2010، ص384.  
 3 - نوردين حاروش، مرجع سابق، ص117.  
 4 - عمر وصفي عقيلي، إدارة الأفراد، عمان: مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، 1982، ص95.  
 5 - عاشور أحمد صقر، إدارة القوى العاملة، بيروت: دار النهضة العربية للنشر، 1983، ص89.

أولاً: تؤدي إثارة الحاجة إلى حالة من عدم التوازن (أي توتر) في داخل الفرد الذي يحاول تخفيفه عن طريق السلوك.

ثانياً: يبحث الفرد ويختار استراتيجيات لإشباع تلك الحاجات.

ثالثاً: ينشغل الفرد في سلوك موجه نحو هدف أو في عمل ما لتحقيق الاستراتيجية المختارة.

رابعاً: يجري تقييم للأداء بوساطة الفرد نفسه (أو آخرين) يتعلق بنجاح أدائه في تحقيق الهدف.

خامساً: تمنح المكافآت أو الجزاءات، اعتماداً على نوعية تقييم الأداء.

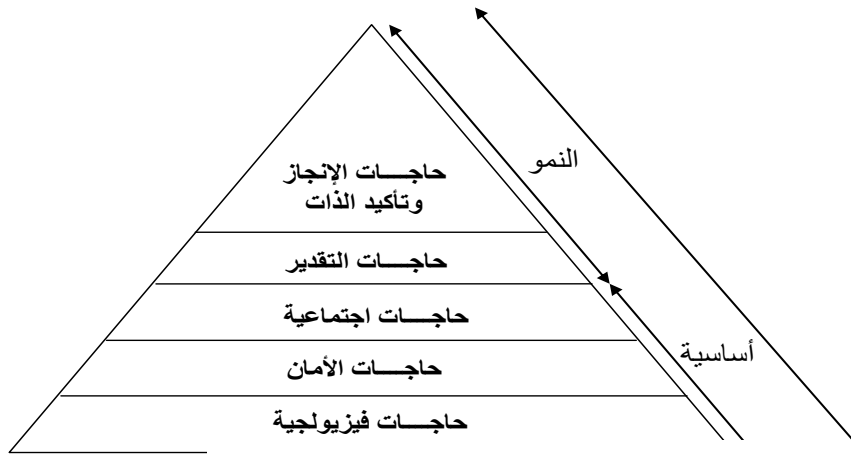
### 1-1-1 • نظريات الحاجات Théorie des besoins

إنّ مصدر هذه النظريات هو إشباع الحاجات الداخلية للأفراد والجماعات الذين يواجه سلوكهم الاجتماعي والوظيفي، ونميز هنا ثلاثة نظريات متكاملة ومتداخلة في تحقيق أهداف التحفيز.

## أ- نظرية ماسلو التصاعديّة: Théorie de MASLOU hiérarchique

لقد قسم ماسلو نظريته إلى خمسة مستويات ورتبها تدرجياً حسب أهميتها كما هو موضح في الشكل.

شكل (02) هرم الحاجات التصاعديّة لماسلو



المصدر: إعداد الباحث

- الحاجات الفيزيولوجية: الطعام، الشراب، المسكن، الراحة النوم.
- حاجات الأمان: الحماية من المخاطر الجسدية والنفسية وتخفيف شعور الفرد بالقلق.
- حاجات الانتماء (اجتماعية): تتضمن الصداقة، الانتماء وإقامة علاقات مع الآخرين وقبول الجماعة للفرد.
- حاجات الاحترام والتقدير: وتتمثل في الشهرة والمركز الاجتماعي واحترام الآخرين له والإحساس بالثقة بالنفس والاستقلالية.
- حاجات تحقيق الذات: وتشمل على محاولة الفرد لتحقيق ذاته باستخدام مهاراته وقدراته في تحقيق إنجاز عالي يلبي طموحاته.

كما يمكن تقسيم سلم ماسلو إلى مجموعتين أساسيتين:

الحاجات الأساسية: فيزيولوجية، الأمن، الانتماء (اجتماعية).

أ- حاجات النمو: وتتمثل في الاحترام والتقدير، وتحقيق الذات.

أمّا بورتر **Porter** فقد اعتبر الحاجات الفيزيولوجية بديهية ولا ضرورة لوضعها في هرم الحاجات، ولكنه في الوقت نفسه أضاف حاجة أخرى سماها "الاستقلالية في العمل" من حيث حرية العمل أو هامش القرار والتنفيذ.

بينما مكلياند **Mckliland** وضع هرما مختلفا للحاجات ركز فيه على ثلاثة مستويات.

- حاجات الانتماء

- حاجات السلطة ( سلطة المال، سلطة الأشخاص على بعضهم والتحكم).

- حاجات الإنجاز والابتكار.

ب - نظرية الحاجات الثلاثية: **Théorie des besoins triplés** 1

لقد عدل كلايتون ألدرفر **Clayton alderfer** نظرية ماسلو واختصرها بثلاث حاجات هي:

- حاجات البقاء (محل الحاجات الأولى والثانية لدى ماسلو).

- حاجات الارتباط الاجتماعي (حمل الثالثة والرابعة)

- حاجات التطور والنمو.

## ج - نظرية تعددية ظواهر الحاجات Théorie de la multiplicité des phénomènes

## 1: des besoins

إنَّ صاحب هذه النظرية هو هنري موري الذي التقى مع الدلفر باعتقاده أنَّه لا يمكن تصنيف الحاجات تصاعدياً لأن الأفراد يحتاجون إلى إشباع عدة حاجات في الوقت نفسه ولكن مع تفاوت درجة الحاجات بينهم، لقد حمل "موري" نظريته عنصرين أساسيين:

- اتجاه الحاجة ويمثل الشخص أو الشيء الذي نتوقع منه إشباع الحاجة.
- حدة الحاجة، ويقصد بها أهمية الحاجة عند صاحبها، ودرجة الإلحاح عليها.

## د - نظريات الإدراك Les théorie de la Cognition

لقد أكملت هذه النظريات الجانب الذي أهملته نظريات الحاجات وهو إدراك الحاجات وليست إحصائها فحسب، وهذا يعني التركيز على خيارات الأفراد في سلوكهم وتصرفاتهم الهادفة إلى إشباع الحاجات<sup>2</sup>.

## 1-1-2- نظرية التوقع Théorie d'Esperance

إنَّ صاحب هذه النظرية هو فكتور فروم ويمكن إيجاز خصائص هذه النظرية فيما يلي:

- إنَّ دافعية الفرد لأداء عمل معين هي محصلة لثلاثة عناصر:
  - توقع الفرد بأن مجهوده سيؤدي إلى أداء معين.
  - توقع الفرد بأنَّ هذا الأداء هو الوسيلة للحصول على عوائد معينة.
  - توقع الفرد بأن العائد المتحصل عليه ذو جاذبية ومنفعة له.
- تمثل العناصر الثلاثة عملية تقدير شخصي للفرد ويختلف هذا التقدير باختلاف الأفراد.
- إنَّ الفرد قادر وواع بإمكانية البحث في ذاته عن العناصر الثلاثة السابقة وإعطائها تقديرات وقيم.

## 1- التوقع Esperance (E): يمثل توقع تقدير الشخص لقوة العلاقة بين المجهود

الذي سيبدله وبين مستوى الأداء الذي يمكن التوصل إليه من جراء هذا المجهود.

1- المرجع سابق، ص175.

2- المرجع السابق، ص17.



2- الوسيلة **Instrumentalité (E)**: وهي اعتقاد الأفراد بأنَّ الأداء الناجح ستتبعه مكافأة مناسبة وتسمى هذه الحالة (توقع الأداء - الوسيلة).

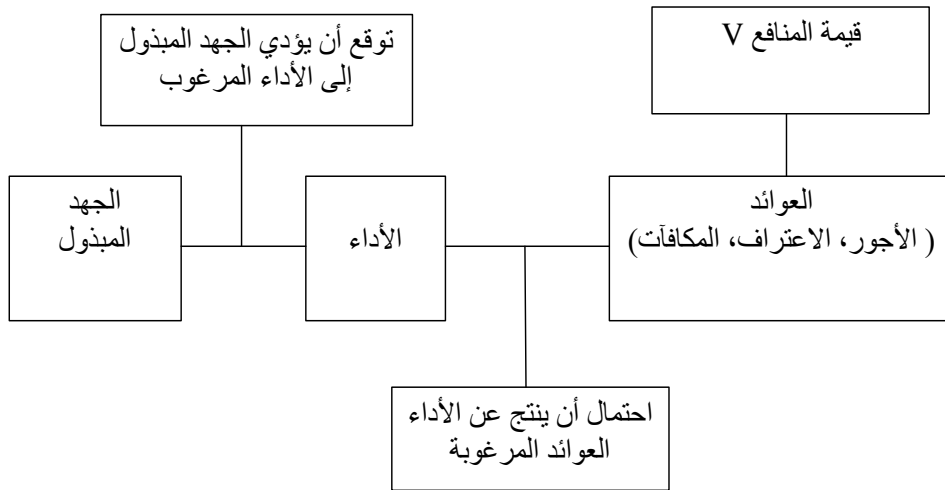
3- **القيمة Valeur**: تشير إلى المنفعة وجاذبية الفوائد التي تعود على الفرد والتي يتحصل عليها كالترقية، الأجر و التقدير.

إنَّ هذه العناصر الثلاثة هي المحدد الرئيسي لتحفيز الفرد واندفاعه نحو الانجاز والعمل بأفضل ما عنده وقد تمت صياغتها وفق هذه النظرية بالمعادلة التالية:

$$M = E \times I \times V$$

إنَّ أي قيمة صفرية في الطرف الأيمن من المعادلة يعني أنَّ الدافعية والتحفيز لدى الأفراد تكون صفرا أو معدومة تماما، لذا لا بد من أن يعمل المدراء على تعظيم هذه القيم الثلاثة إلى أقصى ما يمكن.

شكل رقم ( 03 ) نظرية التوقع فكتور فروم



المصدر: صالح مهدي محسن، طاهر محسن الغالبي، ص 468.

**1-1-3- نظرية الإنصاف:1**

رائد هذه النظرية هو ستيسي آدمز Stacy Adams، وتتلخص في أنّ الأفراد يندفعون لمقارنة مدخلاتهم ومخرجاتهم مع معدلات سواهم من الأفراد حتى يكونوا شعورا معينا لقياس وجود الإنصاف والعدالة أو عدمه، إن كان ذلك داخل المؤسسة أو بالمقارنة مع المؤسسات الأخرى العاملة في المجال نفسه.

**1-1-4- نظرية (X و Y) لـ دوغلاس ماك غيرغور (Y. X) :Théorie**

تنطلق هذه النظرية في جوهرها من نظرة الإدارة بالأخص المديرين إلى الأفراد العاملين فقد لاحظ دوغلاس وجود نظريتين مختلفتين أو على طرفين من النقيض في تقييمها للأفراد العالمين، فنظرية (X) هي التي تتبنى بأنّ العمال عبارة عن مجموعة من الدمى تكره العمل ويجب تطويعها، في حين ترى نظرية (Y) أنّه كلما أتاحت الفرصة للعامل كلما انفجرت طاقاته وكلما منحت له المسؤولية كلما زاد إنتاجه وحببه للعمل.

**أ- نظرية X:**

هناك أربعة أركان رئيسية لنظرية (X):

- أغلب الأفراد لا يرغبون في العمل ولا يحبونه.
  - يجب استخدام نوع من القهر والقوة مع الأفراد حتى يمكننا التأكد من أدائهم للعمل المكلفين به.
  - إنّ الإنسان العادي يفضل أن يوجه في أدائه لعمل معين، بدلا من اعتماد الشخص على نفسه.
  - أنّ الدافع الوحيد للعمل هو الدافع المادي الذي يشبع حاجات الفرد الاقتصادية.
- وباختصار تقرر نظرية (X) أنّه لا يوجد رضا حقيقي في العمل والأفراد يتجنبونه ويهربون منه كلما أمكن ذلك، وعليه فهم يحتاجون لأوامر صارمة لإنجاز الأهداف التنظيمية، ولا يتمتع العمال بطموح كبير أو يتميزون بمبادأة ملموسة<sup>2</sup>.

1 - موسى خليل، مرجع سابق، ص176.  
2 - عمر وصفي عقيلي، مرجع سابق، ص125.

**ب- نظرية Y:**

تتبنى نظرية Y على أربعة ركائز رئيسية وهي:1:

- إنَّ بذل الجهد العضلي أو الذهني في العمل شيء طبيعي مثل اللعب والراحة والإنسان العادي لا يكره العمل بطبعه إنّما يتوقف الأمر على الظروف الخاصة المحيطة بالعمل، فإذا كان العمل مصدر رضا، نجد أنّ الفرد يقدم على العمل من تلقاء نفسه، أمّا إذا كان مصدر ضيق فيحاول تجنبه كلما أمكنه ذلك.
- ليست الرقابة الخارجية أو التهديد بالعقاب هما الوسيلة الوحيدة لتكريس الجهود نحو الأهداف التنظيمية، إذ يقبل الأفراد على العمل ويراقبون أنفسهم في خدمة الأهداف التي شاركوا في وضعها والتمروا بها.
- يكون التزام الأفراد بالأهداف نتيجة الحوافز المرتبطة بإنجازاتهم، وأكثر هذه الحوافز أهمية لديهم هي إشباع احتياجات تأكيد الذات، والاعتراف بتحقيق الانجاز (معنوية).
- الإنسان العادي في ظل الظروف العادية لا يقبل المسؤولية فحسب، بل يبحث عنها، أمّا تجنب المسؤولية وعدم الطموح والتركيز على الأمان فإنما هي آثار عامة لما قد تعرض له من معاملة آلية في ضوء خبرته السابقة، وهذه ليست صفات إنسانية موروثة.
- إذا لم يستخدم الإنسان العادي إمكاناته وطاقاته الذهنية في العمل فاللوم لا يقع عليه بل يقع على المنظمة التي لم تعرف كيف تقجر لديه هذه الطاقات وتزرع لديه حب المبادأة والابتكار، فالفرد لا يكره العمل بل يحبه، لأنه مصدر رضا وسعادة له، ويسعى إلى تحمل المسؤولية ويتمتع بقدر من التخيل والتجديد والابتكار، ويسعى إلى تحقيق أهداف المنظمة لأنّها مصدر إشباع رغباته، وتحقيق أهدافه.

**1-1-5- نظرية هرزبرغ (العاملين) :**

صاغ هرزبرغ نظريته سنة 1957 بناء على مقابلات أجراها مع 200 محاسب ومهندس حيث سألهم حول المناسبات التي كانوا فيها راضين ومحفرين والمناسبات التي كانوا فيها متذمرين ومحبطين، ومن خلال نتائج هذه المقابلات وجد أنّ هناك عوامل يمكن أن تصنف

1 المرجع نفسه، ص، ص 129، 130.

ضمن مجموعتين الأولى سماها العوامل الدافعة أو المحفزة للأداء، أما الثانية فهي عوامل صحية أو مطهرة<sup>1</sup>.

وتتمثل المجموعتين فيها يلي<sup>2</sup>:

أ- المجموعة الأولى: الدافعة أو المحفزة:

- الحاجة للشعور بالإنجاز.
- الحاجة للشعور باعتراف الآخرين بأهمية دوره في.
- أهمية العمل نفسه وكونه إبداعيا وفيه نوع من التحدي.
- إمكانية التقدم في الوظيفة.
- التطور والنمو الشخصي.

ب- المجموعة الثانية: الصحية أو المطهرة أو الوقائية:

- سياسة الشركة وإدارتها.
- نمط الإشراف.
- العلاقات مع الرؤساء.
- ظروف العمل.
- الراتب.
- المركز الاجتماعي.
- الأمن الوظيفي.
- التأثيرات على الحياة الشخصية.

2- الفعل الاجتماعي في النظرية السوسيولوجية في التنظيم :

لقد رأينا في العنصر السابق، كيف انطلقت المدرسة النفسية في تحليلاتها للمنظمة انطلاقا من ذات الفرد أي انطلاقا من دوافعه وحالاته الشعورية واللاشعورية، ومن أجله كذلك أي بمعزل عن العلاقة التي تربطه بالآخرين وبالكيانات الاجتماعية، التي تعيش فيها فعند دراسة الفرد وسلوكاته خارج إطار شخصيته المحضة، فإننا نتحدث على الفرد في

1 - صالح مهدي حسين العامري، طاهر محسن منصور الغلبي، مرجع سابق، ص، ص463، 464.  
2 - محمد قاسم الفيروتي، مرجع سابق، ص، ص90، 91.

الجماعة أو في تفاعل الدائم، ومستمر معها، وهنا نخرج من دراسة السلوك في إطار الشخصية إلى دراسة السلوك في إطار الجماعة، إذ وضعت لنا النظرية السوسولوجية وحدة تحليل جديدة تحتل نفس مكانة السلوك في النظرية السيكولوجية، لكنها تختلف عنها سواء من حيث المضمون أو من حيث الدوافع التي تتحكم فيها، والذي تتمثل في مفهوم الفعل الإجماعي فالفعل الإجماعي ليس حالة نفسية معزولة تنطلق من ذات الفرد فقط بل يتضمن بشكل أو بآخر العلاقة مع الطرف الآخر في إطار علاقة تفاعلية.

## 2-1- مفهوم الفعل الإجماعي:

يكاد يُجمع غالبية علماء الاجتماع على أنّ الفعل الإجماعي هو الوحدة الأساسية للتحليل في علم الاجتماع؛ وتمثل من حيث الأساس حلا نظريا للمسائل العامة التي إنشغلت بها السلوكية عموما - السلوكية الاجتماعية - ومن بين الأعمال التي أثرت في نظرية الفعل الإجماعي مناقشات ماكس فيبر، وكارل منهايم، وروبرت ماكيفر، وفريدو باريتو، وتالكوت بارسونز... وتقوم هذه النظرية على تأكيد المعنى الذاتي في موقف الفاعل، والاشارة إلى ضرورة دراسته - الفعل الإجماعي - في ضوء القيم الخاصة عنده، وتوقعاته لاستجابات الآخرين، ويدرس السلوك الإنساني من خلال التصرفات التي يقوم بها الأشخاص في مواقف محدودة ثقافيا وفي أنساق معينة للعلاقات الاجتماعية. وتتنظر هذه النظرية إلى الفعل الإجماعي بوصفه الوحدة الرئيسية للبحث، ويكتسب هذا الفعل صفة ( الاجتماعية ) حينما يتوفر القصد في توجيه سلوك الفاعل أو مجموعة فاعلين، ومعنى ذلك أنّ التفاعل هو السياق الذي تنمو فيه الشخصية.1

## 2-1-1- الفعل الإجماعي عند ماكس فيبر: يستخدم ماكس فيبر (1864-1920م)

مفهوم الفعل الإنساني للدلالة على المعنى الذي يريده بمفهوم الفعل الإجماعي؛ وهو من أبرز علماء الاجتماع الذين أعطوا الفعل الإجماعي مكانا خاصا في دراساتهم، حيث يعرفه ( الفعل الإجماعي ) على أنّه " صورة السلوك الإنساني الذي يشتمل على الإتجاه الداخلي أو الخارجي الذي يكون معبرا عنه بواسطة الفعل أو الإحجام عن الفعل، إنّه يكون الفعل عندما يخص الفرد معنى ذاتيا معيناً لسلوكه، والفعل يصبح إجتماعيا عندما يرتبط المعنى

1 - نخبة من أساتذة قسم الاجتماع، المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية لطلاب قسم الاجتماع، مصر: دار المعرفة الجامعية ب.س.ن، ص 16.

الذاتي المعطى لهذا بواسطة الفرد بسلوك الآخرين ويكون موجهاً نحو سلوكهم . " في هذا التعريف يرى فيبر أنّ الفعل الإنساني يكون فعلاً إجتماعياً إذا أمده الأفراد معنى ذاتياً أثناء تفاعلاتهم ، لينتقل من سلوك عادي إلى سلوك ذي معنى مقصده تحقيق هدف، ليضيف فيبر أنّ الفعل الإجتماعي " تأثير وتأثر الفرد مع الآخرين من خلال سلوكياتهم ودلالاتهم الذاتية ."<sup>1</sup>

ويُعدّ الفعل اجتماعياً بالقدر الذي يضع فيه الفاعل سلوك الآخرين في حسابه توجهاً وتصرفاً وتجدر الإشارة إلى أنّ فيبر أعطى لمفهوم الفعل الإجتماعي معنى واسعاً كل السعة بوصفه الموضوع الأساسي للبحث من وجهة نظر، فلقد ضمنه كافة أنواع السلوك مادام الفاعل يخلع عليه معنى<sup>2</sup>.

وليكون الفعل فعلاً إجتماعياً يعتمد عادة على ثلاثة مقاييس أساسية هي:

✓ أن يشمل الموقف التفاعلي على أكثر من فاعلين يتفاعلان معاً ويكونان السلوك أو الحدث الذي نريد دراسته في هذا المقام؛

✓ أن يدرك الفاعل أن الفاعلين الآخرين والذين يتفاعلون معه في نفس الموقف لديهم من الإمكانيات والخصائص التي تساعدهم - على نحو ما - على التأثير في سلوك هذا الفاعل.

✓ أن يشترك الفاعل مع هؤلاء الآخرين في مجموعة من التوقعات - وربما اشترك معهم - أكثر من ذلك في مجموعة معينة من القيم والمعتقدات والرموز.

هذا ويقسم فيبر الفعل الإجتماعي حسب السلوك أو الدافع إلى ثلاثة أنواع أساسية هي<sup>3</sup>:

• **الفعل الإجتماعي الإنفعالي أو الغريزي:** مصدره الغريزة أو العاطفة التي غالباً ما تتناقض مع العقل، والغريزة هي ميل وإندفاع حيواني أو بيولوجي ينبعث من منطقة اللاشعور ويدفع صاحبه إلى العمل من أجل اشباع متطلباته وحاجاته الحيوانية والشهوانية دون التفكير بالنتائج أو العواقب التي تتبع الحدث الغريزي.

ويرى ماكدوكال McDougall غرائز كثيرة أهمها غريزة حب التملك والخوف والهرب والغريزة الجنسية وغريزة الإستسلام والخضوع وغريزة حب الإستطلاع ...

1 - غي روشيه، مدخل إلى علم الاجتماع العام، (ترجمة: مصطفى دندشلي)، مصر: المؤسسة العربية للدراسات والنشر، 1982، ص31.  
2 - عبد الباسط عبد المعطي، اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1998، ص92.  
3 - احسان محمد الحسن، النظريات الاجتماعية المتقدمة، ط2، عمان: دار وائل للنشر، 2010، ص 274.

إنّ الدوافع الغريزية تريد الإنطلاق واشباع نزواتها وحاجاتها الحيوانية، لكن الإنسان السوي يمنع إنطلاق الغرائز بفضل وجود العقل الظاهري الذي يمتلكه، يكتب الغرائز ويمنع خروجها ويهذبها، لكن الغرائز تسبب لحاملها المنازعات والمشكلات وتكدر صفو حياته، لهذا ينبغي السيطرة عليها وتوجيه دوافعها نحو تحقيق أهدافه وطموحاته بصورة عقلانية ومهذبة.

وفي هذا الصدد يشير فيبر أنّ الفعل الإجتماعي الغريزي يتمثل في النزاع والصراع بين الاصدقاء والدول وفي الغيرة والحسد والنميمة والنفاق وولوج الإنسان في عالم الخلاعة والمجون وانطوائه إلى الخمول والكسل واللامبالاة.

• **الفعل الإجتماعي التقليدي:** يتأتى من عادات وتقاليد وقيم ومثل وأخلاق المجتمع، وهذه الضوابط الاجتماعية التقليدية تحدد سلوك الإنسان وتنظم علاقاته بالآخرين وترسم أهدافه وطموحاته ومصالحه التي غالبا ما تنطبق مع تلك التي يعتمدها المجتمع ويؤمن به، ويكتسب الفرد هذا النمط من السلوك نتيجة إحتكاكه بالأسرة جماعة اللعب المدرسة المسجد... هذه المؤسسات والمنظمات البنيوية تزرع عند الفرد بذور هذا النمط من السلوك وتصب في عروقه النموذج التقليدي للسلوك الإجتماعي السوي الذي ينسجم ويتفق مع أخلاقية وسلوكية المجتمع، هذه الاخلاقية والسلوكية تنتقل عبر الأجيال لتشكل وحدة وقوة المجتمع، ويتجسد هذا النوع من الفعل بطقوس السلام والتحيات التي يمارسها الأفراد في حياتهم اليومية، كما يتجسد في مراسم الأعياد الدينية والوطنية وحفلات الزواج...

• **الفعل الإجتماعي العقلي:** وهو السلوك الذي يتميز بالتعقل والحكمة والمنطق والبصيرة والادراك الثاقب للأمور والقضايا والمشكلات؛ ويخرج هذا السلوك من منطقة الذات التي تعبر عن ماهية وحقيقة العالم الخارجي والحياة الاجتماعية التي يعيشها الافراد والجماعات، ويتميز الفاعل الاجتماعي المتلبس بهذا الفعل في تفاعله مع الآخرين بإستعماله للغة مهذبة وأخلاق عالية ولحجج ومسوغات موضوعية للأفعال التي يمارسها.

وقد يلبي هذا النمط من السلوك دوافع ورغبات وشهوات العقل الباطني بعد أن يستعمل اساليب المنطق والحكمة والدراية والفتنة في تحقيق حاجياته.

ويقسم فيبر هذا النمط من الفعل إلى ثلاثة انواع حسب طبيعة الوسطة والغاية:

✓ **فعل إجتماعي عقلي ذو واسطة عقلية وغاية غير عقلية:** بالواسطة أو الغاية العقلية نعني الواسطة أو الغاية الأخلاقية والشريفة والمهذبة التي تتسجم مع أخلاقية وتعاليم ومثل المجتمع. أما غاية غير عقلية تعني أنّ الغاية غير شريفة واللاأخلاقية والتي تتنافر وتتناقض مع تعاليم وتراث المجتمع. ويتمثل هذا النوع من السلوك بحالة المنتج الرأسمالي المحتكر الذي يستعمل الآليات الميكانيكية الحديثة ويعتمد الخبرات العلمية في الإنتاج والتنظيم من أجل خلق البضاعة التي يحتاجها المجتمع، واستغلال الأفراد لاسيما عندما يفرض اسعارا عالية عليهم، إذن الواسطة أخلاقية وهي الإنتاج الآلي وتهيئة البضاعة المطلوبة، ولكن الغاية هي لا أخلاقية إذ أنّها تحتكر بيع السلعة وتستغل الأفراد.

✓ **فعل إجتماعي عقلي ذو واسطة غير عقلية وغاية عقلية:** وهو عكس الحالة السابقة، ومثال ذلك ربّ الأسرة الذي يرغب بامتلاك سكن، لكن عدم حوزته على الأموال اللازمة التي تؤمن شرائه لهذا الدار قد تدفعه للتحايل في كسب المال، إذن الغاية هي أخلاقية وعقلانية لأنّها تتجسد في رغبة ربّ الأسرة في امتلاك دار لأسرته والواسطة هي لا أخلاقية وغير شريفة.

✓ **فعل إجتماعي عقلي ذو واسطة عقلية وغاية عقلية:** يسمى هذا النوع من الفعل العقلي بالنوع أو النموذج المثالي للفعل الإجتماعي (Edéa type) والنوع المثالي، وهو الذي يبتعد كل البعد عن العاطفة والتحيز والتعصب ويكون سلوكا محايدا من حيث ادوات تنفيذه واغراضه، و يتجسد هذا النمط من الفعل بسلوك الجندي الذي يدافع عن وطنه، فالجندي وقت المعركة يستعمل الأسلحة والفنون القتالية وينفذ الخطط العسكرية الموضوعة أمامه، وهذه هي واسطة السلوك، لكن الهدف من استعمال الاسلحة والخبرات القتالية والخطط العسكرية هي تحقيق النصر على الأعداء والدفاع عن الوطن إذن فسلوك الجندي في المعركة هو سلوك يأخذ طابع النموذج المثالي، كما أنّ سلوك طالب المدرسة أو الجامعة هو سلوك يأخذ طابع النموذج المثالي طالما أنّ واسطته عقلية وأخلاقية ( الحصول على الشهادة العلمية وخدمة المجتمع ).



## 2-1-2- الفعل الاجتماعي عند تالكوت بارسونز:

منظر امريكي حديث، نظّر لسلوك الفرد الاجتماعي، ووصفه وحلّله من خلال حدوثه بين فردين وأكثر ثم شخّص المحددات والضوابط والمعايير التي تؤثر فيه وتصوغه على شكل نموذج معين وتطبعه بطابع خاص كاشفاً بذلك تفرعاته ونسغه، وبناءً على ذلك نستطيع القول بأنّ بارسونز قام بعمله التثويري هذا ليربط الجزئية الاجتماعية - سلوك الفرد الاجتماعي - بالكلية الاجتماعية - البناء الاجتماعي - ويرى بارسونز أنّ سلوك الفرد الاجتماعي لا يصدر عن فراغ ولا من عقله أو رغبته الذاتية بل من تفاعله مع الآخرين وبصمة ببصمات تبصمها المؤسسات الاجتماعية ( الأسرة والشلل الصداقية والجماعات المهنية، ووسائل الاعلام، والجامعة، والمدرسة، وبيوت العبادة...) لتقنن تصرفاته مع الآخرين حسب معاييرها ليخرج (السلوك) على شكل تصرف منظم وملتزم وموجه؛ أي أنّه يعجن بعجينة المحددات والضوابط والمعايير ليكون صالحاً للاستعمال اليومي وجاهزاً على شكل نموذج إسمه ( نسق الفعل الاجتماعي)1.

عرّف بارسونز الفعل الاجتماعي على أنّه " فعل متبادل بين فاعلين أو أكثر و يتطور من خلال مجموعة من القواعد السلوكية والمعايير والقيم المجتمعية والنظامية التي توجد في الثقافة التي تحيط بالفعل الاجتماعي ذاته ".

ويعرفه تعريفاً آخر مركزاً على المعاني على أنّه " كل ضروب السلوك البشري التي تدفعها وتوجهها المعاني التي يكونها الفاعل عن العالم الخارجي والتي يأخذها في الحسبان ويستجيب لها "، ويشير مفهوم الفعل الاجتماعي عنده إلى ادراك الفعل للبيئة والمشاعر والأفكار و الدوافع التي تشكل أفعاله وردود فعل الآخرين اتجاهها.2  
وقد صنف بارسونز الفعل إلى ثلاثة أنواع:

- **الفعل التمهيدي ( التهيئي ):** أي التصرف الذي يتوجه نحو إنجاز هدف أولي لكي يساعد الفاعل على تحقيق هدف أكبر واثمن من الأول أي تصرف أولي يكون ممهداً للقيام بتصرف أكثر مراداً وأهمية بالنسبة للفاعل.
- **الفعل التعبيري:** أي التصرف الذي يحقق الهدف الأكثر مراداً واثماً يأتي بعد تحقيق الفعل التمهيدي.

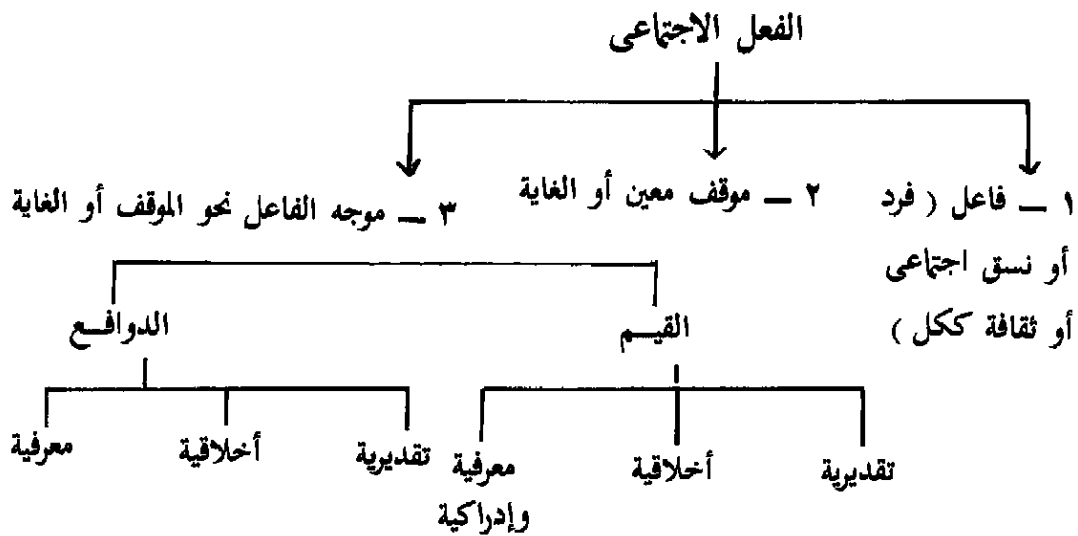
1 - معن خليل عمر، نظريات معاصرة في علم الاجتماع، ط1، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2005، ص80.  
2 - بودبزة ناصر، " التحليل الميكرو سوسولوجي للتنمية التربوية في الجزائر: أزمة فاعلين أم أزمة تنمية " مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، العدد 23، مارس 2016.

• **الفعل المعنوي:** أي التصرف الذي يعكس مصالح الفاعل الذاتية والقيمية والثقافية. ويرى أنّ كل فعل إجتماعي يشتمل على ثلاثة عوامل هي:1:

- الفاعل. - الموقف. - موجّهات الفاعل نحو الموقف.

وتنقسم موجّهات الفاعل إلى الدافع أو القيمة ويمكن توضيح ذلك بالرسم الآتي:

الشكل رقم (04) أقسام الفعل الاجتماعي عند تالكوت بارسونز.



المصدر : محمد عبد المعبود مرسي، علم الاجتماع عند تالكوت بارسونز بين النظريتين الفعل والنسق الاجتماعي دراسة تحليلية نقدية، ط1، مصر: مكتبة عين الجامعة، 1986، ص 7.

وعلى ذلك فإنّ بارسونز كوّن ثلاثة أنساق تحليلية هي: نسق الشخصية، والنسق الاجتماعي والنسق الثقافي.

فأمّا نسق الشخصية فيشير إلى المراكز الاجتماعية للفاعلين وأدوارهم في الموقف ويشير المركز الاجتماعي إلى مكان الفاعل في نسق العلاقات الاجتماعية التي تعتبر كبناء، ويشير الدور إلى سلوك الفاعل في علاقته مع الآخرين، ويعتبر هذا السلوك هاما من الناحية الوظيفية للنسق الاجتماعي ويمكن تحديد الأدوار الاجتماعية لشخص ما في ضوء أنماط التوقعات المحددة ثقافيا. ومن جملة الأدوار المترابطة يتكون النظام الاجتماعي.

1 - محمد عارف، تالكوت بارسونز - راند الوظيفية المعاصرة في علم الاجتماع -، ط1، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية، 1982، ص 111.

وأما النسق الثقافي عند بارسونز يتكون من ثلاثة أنساق فرعية هي: الأفكار - الرموز - الموجهات القيمة.

وأخيرا فإنّ النسق الاجتماعي فيتضمن عنده عدة معاني، فنجده يعرفه على أنّه عدد من الأفراد الفاعلين المتفاعلين مع بعضهم، وقد يكون النسق نسيج من العلاقات بين الأفراد وقد يكون الدوافع التي توجه عدد من الأفراد الفاعلين، وبصورة عامة فإنّ فهم النسق الاجتماعي يتطلب فهم الموجه الدافعي للأفراد.

وينطوي الإطار المرجعي للفعل الاجتماعي في رأي بارسونز على ثلاثة مفهومات أو مقومات :

• **الفاعل Acteur**: وهو القائم بالفعل الاجتماعي وحدة تحليلية تشبه الأنا في علم النفس الفرويدي؛ والفاعل هو عنصر التنفيذ في نسق الفعل؛ والفاعل إنسان مزود بمجموعة من الخواص العضوية كالطاقة، والقدرة على التعلم، والإعتماد على الغير؛ والقدرة على استخدام الرموز والتذكر والتوقع وغير ذلك من الخواص التي لها أساس عضوي والتي تظهر خلال مراحل حياة الفرد في المجتمع كما يسعى الفاعل إلى تحقيق أهداف وغايات في إطار موقف معين.

وحرص ( بارسونز ) على توضيح دور الفاعل بإعتباره الفرد الواعي الذي يقوم بأداء الفعل عن إستخدامه لفعله وذاته، وأن يتم اتخاذ القرار بصورة واعية وتترجم في عدد من التصرفات والسلوك أو السلوك العقلاني؛ وإن كان الفرد يقوم بالعديد من السلوكيات اللاعقلانية تحت تأثير عدد من المدركات أو العواطف أو الإنفعالات الذاتية اللاشعورية، وسواء أكانت أفعال الأفراد يتم تحديدها أو توجيهها بصورة عقلانية أو لاعقلانية، فهذه التحديات سماه بارسونز بالتوجيهات.

• **الموقف Situation**: يعتبر نوع من الظروف التي يكون فيها الفاعل مجبرا لإتخاذ قرار يتم إختياره بنفسه، ويترجم ذلك في مجموعة الأدوار الوظيفية التي يقوم بها الفرد في حياته اليومية أو الجماعات داخل النسق أو النظام الذي توجد فيه.

• **توجهات الفاعل إزاء الموقف Orientations vis-à-vis la situation**: ميّز بارسونز بين نوعين من التوجيهات:

**1 - التوجهات الدافعية:** ويتضمن مجموعة من الجوانب التي توجه السلوك تجاه الموقف الذي يواجههم، ووظيفتها إشباع حاجاتهم - الفردية، الجماعية، النسقية - لتصريف التوترات وتنقسم إلى ثلاثة شعب:

\* التوجهات الإدراكية: وهي تقابل ما يدركه الفاعل في موقف، في ضوء الاستعداد لإشباع الحاجات الخاصة بالفعل.

\* التوجهات الانفعالية: تتضمن عملية من خلالها يعلق الفاعل على الموضوع معين، له أهمية عاطفية أو انفعالية، هي تعبر عن حاجة الفاعل للإشباع.

\* التوجهات التقويمية: والتي بواسطتها يوزع الفاعل طاقته على إهتمامات مختلفة عليه أن يختار من بينها، فهناك فاعل ينتظر إنتظارا سلبيا حتى تقع الأحداث، أو على تجنبها، يعمل بهمة ونشاط على إنتاج هذه الأحداث، أو على تجنبها.

**2 - التوجهات القيمية:** ويعكس هذا النوع من التوجهات عدد من المعايير والقيم إلى ثلاثة أنواع فرعية هي:

\* التوجهات المعرفية: يعكس مجمل المعايير المجتمعية التي تم الإتفاق عليها وإعتبارها صور مألوفة في الواقع الإجتماعي أو تم تحديدها بصورة معرفية تامة.

\* التوجهات التقديرية: وتتضمن ضرورة التزام أفعال بعدد من التوجهات ذات الطابع الملزم تجاه تحديد ومقدار تقدير الآخرين لأفعال الفرد في مواقف معينة.

\* التوجهات الأخلاقية: وتترجم هذه التوجهات طبيعة الالتزامات الأخلاقية التي تم تحديدها بواسطة النسق الإجتماعي الأكبر والمتعارف عليها عند أغلبية الأعضاء أو الجماعات، والتي تشكل نوع من التوجه القيمي والأخلاقي للسلوك العام والخاص والأخلاق جوهر القيم.

وفي هذا الإطار أشار بارسونز عند مناقشته لمشكلة النظام العام في المجتمع إلى أن وجود نسق من القيم المشتركة هو المستلزم الأساسي لتحقيق هذا النظام العام وأن المشكلة التي تواجه النظام العام في المجتمع هي إيجاد التكامل بين الدوافع التي تؤدي إلى السلوك الإجتماعي، ويترتب على ذلك ضرورة توافر شرطين لتحقيق الأداء الوظيفي السديد في النسق:

➤ أن توجد دوافع كافية لحفز هذا السلوك الإجتماعي وأن تتشكل هذه الدوافع في صورة المعايير والقيم.

➤ وأن تكون هذه المعايير والقيم متماسكة متناغمة وأن تتسق مع الحاجات الدافعة للسلوك الإجتماعي لدى الأفراد.

**وظائف الفعل الإجتماعي:** أعطى بارسونز صياغات تصوّرية لتحديد المشكلات الوظيفية التي يواجهها الفعل الإجتماعي وأنساقه مهما كان نطاقه؛ وقد حدد أربع مشكلات وظيفية إثنان منهما تتناولان علاقة النسق ببيئته الخارجية وإثنان تدوران حول الظروف الداخلية في النسق. وفيما يلي الوظائف الأربع لبارسونز والتي أسماها نموذج الوظائف الأربع<sup>1</sup> مع الإشارة لبعض الأمثلة التطبيقية كما أوردها الأستاذ معن خليل عمر<sup>2</sup>:

➤ **المحافظة على النمط:** فكل فعل أو نسق لابد عليه أن يعمل على المحافظة على النمط وتحقيق التوازن؛ فالعقلانية نمط ثقافي يتشكل تشكلا نظاميا يحدد بناء المجتمع كما يظهر ذلك في التنظيمات البيروقراطية الحكومية، وفي المؤسسات الإقتصادية، والبنوك ودوائر الأعمال، وكل هذه البناءات الاجتماعية تجسد هذا النمط الثقافي، ولهذا يمكن أن تعرف هذه الأنماط الثقافية على أنها " مجموعة القيم والمعايير التي تلقى القبول العام في المجتمع، والتي تستمد من نسق العقائد والمعتقدات في المجتمع الذي يتمثل في الدين أو القواعد الأخلاقية، أو الأديولوجيات. ومجال هذه الوظيفة صيانة القيم، وللتمكن من المحافظة على القيم وصيانتها:

\* المستوى الثقافي: ويدور حول صيانة استقرار القيم التي تشكلت تشكلا نظاميا.

\* المستوى الشخصية: ويدور حول الحفاظ على الدوافع التي تخلق الإلتزام من جانب الفرد على أن يتصرف على نحو يساير معايير المجتمع ويتفق معها.

وفي هذا الصدد أشار الأستاذ معن خليل عمر أنه ومن أجل إزالة أي خلخلة تقع بين الأفراد والنسق ذاته - نسق المنظمة، مصنع، مستشفى... - يقوم النسق بتقديم برامج تدريبية متطورة لإرقاء قابلياتهم المهنية وإشعارهم بأنه يقدم خدمات مهنية لهم وليس الإعتماد على قدراتهم الأولية من أجل ترقيةهم إلى مواقع تدريجية إدارية متقدمة، والحصول على مرتبات عالية، ومكافئات مالية محفزة.

1 - محمّد عارف، مرجع سابق، ص - ص، 282-284.

2 - معن عمر خليل، مرجع سابق، ص 86.

➤ **وظيفة التكيف:** أي طاقة الفاعل على التأقلم مع الوضع الجديد وتجنب العوائق المانعة، مع تعبئة الوسائل الفنية أو التسهيلات اللازمة لتحقيق الأهداف، من ذلك توفر في المنظمات الخدمات الغذائية ونوع المكائن والآلات المتطورة والإدارة الكافية والمناسبة كل هذه التسهيلات وغيرها تساهم في تكيف العمال مع متطلبات العمل.

➤ **وظيفة الدمج أو التكامل:** إيجاد المواءمة المتبادلة بين وحدات النسق وانساقه الفرعية وذلك لتحقيق إسهام هذه الوحدات و الأنساق جميعها في تحقيق الكفاية الوظيفية للنسق ككل وتتركز الوظيفة التكاملية في نسق المعايير القانونية، وتتمثل وظيفة التكامل هذه في أكثر الخواص والعمليات المميزة للنسق الإجتماعي وهي ميكانيزمات الضبط الاجتماعي التي تتراوح بين النقود، السوق والقوة إلى عملية التنشئة الإجتماعية والهيئات التي تواجه الإنحراف ويرى بارسونز أنّ المشكلات التي ترتبط بوظائف التكامل في النسق الاجتماعي هي المحور الذي تدور حوله النظرية في علم الإجتماع.

➤ **تحقيق الأهداف:** إنّ كل فعل أو نسق يعمل على تحقيق أهداف وغايات معينة بغض النظر عن طبيعتها وموجهاتها، فالنسق الفرعي المكلف بهذه الوظيفة وهو نسق الشخصية وهو المسؤول على إشباع الحاجات، فنمط الشخصية يختار بين البدائل المتاحة في النسق الثقافي، الأسلوب المتفق مع نمط الشخصية للحصول على الهدف.

وهذه البدائل عبارة عن خمس بدائل سماها **المتغيرات النمطية:**

\* **العاطفية** في مقابل الحياد العاطفي: وتشير إلى كيفية تعامل الفاعل مع الموضوع مستعملا عواطفه واحاسيسه الوجدانية أو يتعامل معه بحيادية وعقلانية دون تدخل لعواطفه.

\* **العمومية والخصوصية:** وتشير إلى كيفية تعامل الفاعل مع الموضوع على أساس عام أم أنّه تحتل لديه مكانة خاصة.

\* **النوعية** في مقابل الإنجاز: يشير هذين المتغيرين إلى الكيفية التي يحكم بها الفاعل على الأشياء أو الموضوعات الخارجية بما تمثله أو تجهله من صفات نوعية وضمنية أو بما تتجزه من أعمال وما تقوم به من ادوار.

\* **الانتشار** في مقابل التخصص: تشير إلى كيفية تعامل الفاعل مع المواضيع، يدقق في كل الجزئيات أم يقتصر على جوانب معينة.

\* التوجه الجماعي في مقابل الذاتي الفردي: والذي يشير الى أنّ سلوكيات الفاعل تحكمها المصلحة الجماعية أو المصلحة الفردية الذاتية.

## 2-2- من التحليل النسقي إلى التحليل الإستراتيجي:

ينطلق بارسونز من مسلمة أساسية مفادها أنّ الفعل الإجتماعي قابل بدرجة كبيرة لأن يكون موضوع تحليل نسقي؛ فكل فعل مهما اختلفت درجة تعقيده، يطرح في الواقع مجموعة ( وحدات / أفعال)، صادرة عن عدد من الفاعلين أي أنّ كل فعل قابل لأن ينحل إلى تصرفات وخطابات، وإشارات، تُشكل في كليتها دورا إجتماعيا، أو بدرجة أقل ثباتا، لحظة تفاعل بين فاعلين أو أكثر ممتدة نسبيا في الزمن.

وما يميز وحدات الفعل الترابط المتبادل بين اجزائه، فكل نسق يفترض نوع من التعلق بين أجزائه حتى يشكل كلا معينا، ولكن هذه الخاصية لا تكفي للحديث عن نسق فعل إجتماعي؛ فالأمر يقتضي في نظر بارسونز، توفر ثلاثة شروط: يتعلق الشرط الأول بالبنية حيث من المفروض على عناصر النسق، والنسق نفسه أن يستجيب لبعض المعايير التنظيمية التي يمكنها أن تشكل الإطار المرجعي الذي ينطلق منه تحليل النسق والتي تتميز بدرجة عالية من التجريد. أما الشرط الثاني، فيتعلق بمفهوم الوظيفة، فحتى يوجد نسق فعل ويستمر، ينبغي تلبية بعض حاجاته الأساسية، وهذا ما يسمى بمشكل المستلزمات الوظيفية أو الابعاد الوظيفية لنسق الفعل. وأخيرا يتعلق الشرط الثالث بسيرورات النسق طبيعته وطبيعة الأنشطة داخله والتغيرات التي تطرأ على عناصره، وحتى بعض الطوارئ التي يمكن أن تحدث فجأة.

وتتشكل النظرية العامة للفعل، أساسا، من تحليل هذه الخصائص الأساسية لنسق الفعل، وهنا ينبغي الوقوف عند فرق جوهرى بين بارسونز و ميشال كروزيه، فبينما يتخذ نسق الفعل تابعا ملموسا لدى كروزيه، يرفعه بارسونز إلى مستوى التجريد ويعتبره اداة نظرية وتحليلية، أي طريق لإعادة بناء الواقع ذهنيا.

فالتحليل النسقي يتميز بطابعه التجريدي العام؛ حيث إعتبره بارسونز بمثابة إطار للتحليل الأدوار العامة، الموجهة قليا بإتجاه التساند الوظيفي، الشيء الذي جعل التحليل النسقي يهتم أكثر بالسلوكيات الموجهة نحو التناغم مع الأدوار الأساسية التي يرسمها النسق في مقابل تهميش السلوكيات التي تعبر عن رغبة الفاعلين في التحرر من إكراهات النسق أو



على الأقل رغبتهم في توسيع هامش الحرية، فقد كان التحليل النسقي يعتمد أجوبة جاهزة على كثير من المشاكل التي تطرحها التنظيمات؛ حيث كان يعتبرها بمثابة آثار جانبية يمكن إهمال أثرها بالمقارنة مع السلوكيات الوظيفية؛ فهي إما تعود إلى الزمن الضروري الذي يتطلبه تكيف النسق مع بيئته، فتنحصر المشكلة، بالتالي، في مسألة وقت، وإما تعود على المرونة التي تميز كل نسق مهما كانت درجة الدقة التي تميز الأدوار والقواعد داخله، حيث يسمح للسلوكيات التنظيمية بأن تتجاوز نسبيا الأدوار المحددة لها، طالما يمس بالعلاقات الأساسية التي تشكل النسق.

خلافا لهذا التوجه الوظيفي الصرف، ينطلق التحليل الاستراتيجي من مسلمة أساسية مفادها أن النسق بناء إجتماعي وليس معطى طبيعيا، وهذا الأمر يدفع تحليل التنظيمات إلى الكشف عما يجري داخل التنظيم من إختلافات ونزاعات، والكف عن الاعتقاد بأنه مجرد عليية سوداء، يكفي أن ندرسها من حيث مخرجاتها ومدخلاتها إذا أردنا أن نكون عنها فكرة صحيحة<sup>1</sup>.

وبالرغم من أن التحليل النسقي قد تجاوز كل عليية ميكانيكية بإتجاه إقرار ترابطات بينية تقوم على أساس التأثير والتأثر، فإنه ظل وفيما بشكل من الأشكال لمسلمة العقلانية الوحيدة؛ حيث أعتبر كل الأفعال غير الوظيفية أفعالا لا عقلانية، وهو الأمر الذي صرفه عن الإنتباه إلى وجود عقلانيات مختلفة داخل التنظيم تبعا لاختلاف تقديرات الفاعلين بسبب انتمائهم إلى وضعيات مخصوصة.

**2-2-1- مفهوم التحليل الإستراتيجي:** تنتمي مقارنة التحليل الإستراتيجي التي قدمها ميشال كروزيه ( 1922 - 2003 ) و مدرسته في بداية الستينيات إلى التيار السوسيولوجي - من المقاربات الأساسية لتحليل الفعل الإجتماعي - وذلك بغية دراسة وتحليل التنظيمات على أساس تجاوز الطرح الكلاسيكي ( العقلانية المطلقة ) إلى تناول السلوكيات اللاعقلانية التي أهملها بارسونز أي تقاطع بين الفاعل والنسق أو بعبارة أخرى عند تقاطع الحرية والإكراه، ويفترض قبل كل شيء مسلمة أساسية أشرنا إليها سابقا مفادها أن التنظيم بناء إجتماعي، فالإقرار بهذه المسلمة يعني الإنطلاق من كون الحرية الفردية هي ما يشكل الميل الطبيعي لدى الافراد، وأن الإلتزام بقواعد الحياة داخل الجماعة يكون دائما

1 - جمال فزة، مرجع سابق، ص، ص 151، 152.



على حساب قسط معين من الحرية الفردية، بهذا المعنى، تتخذ الآثار الجانبية المرافقة لأي فعل منظم طابعا أساسيا، فهي ليست مجرد تعبير عن إختلالات في عمل وسير التنظيمات، وإنما تعبير عن التعارض الأساسي، الذي يخترق كل نسق فعل منظم بين ميل الأفراد نحو التحرر واتجاه معايير الجماعة نحو الحد من الحرية الفردية، هذا الطرح يقودنا إلى الإشارة إلى أنّ نظرية كروزيه حاولت التوفيق بين الاتجاهين البارزين في تفسير السلوك الاجتماعي:1

- الاتجاه الأول: والذي يفسر السلوكات الاجتماعية انطلاقا من الحتمية الفردية، بمعنى تأثير التاريخ الشخصي كالوسط الاجتماعي العائلي والمدرسي وحتى الطبقي في سلوكات وأفعال الفرد؛ وهو ما يمكن اختصاره في مفهوم **Bourdieu** الهابتوس **Habitus**.
- الاتجاه الثاني: وهو ما يعرف باتجاه النزعة السوسيولوجية ويمثله إ. دوركايم؛ هذا التوجه يحدد الفرد في يد الوعي الجمعي، وينفي على الفرد القدرة على الاختيار وتبني القرارات والإبداع...

إنّ كروزيه هنا حاول التوفيق بين هذين التصورين مقدما في خضم ذلك انتقادات للتصور البيروقراطي، بمعنى أنّ العلاقة بين التنظيم والفرد هي وليدة لعبة **Jeu** بين طرفين في التنظيم من خلال الضوابط الرسمية التي يكون هدفها تنظيم سلوكات الأفراد مما يخلق عوائق أمام الفاعل، وهذا الأخير بهدف تجاوزها يكون أمام ضرورة تبني استراتيجيات معينة تختلف من فاعل إلى آخر انطلاقا من الكفاءة المعرفية من جهة والظروف التنظيمية التي يعيشها الفاعل من جهة أخرى، وعلى العموم تقوم نظرية التحليل الإستراتيجي على المسلمات والمفاهيم.

#### 1- المسلمات: تقوم هذه النظرية على ثلاثة المسلمات:2

➤ المسلمة الأولى: حسب كروزيه إنّ الأفراد داخل التنظيم لا يقبلوا أن يعاملوا كأدوات ووسائل بهدف تحقيق أهداف التنظيم، وهذا مفاده أنّ لكل منهم غاياته وأهدافه الخاصة، إنّ هذا الطرح لا يعني حتما أنّ الأهداف الخاصة متناقضة ومتعارضة مع أهداف التنظيم. وحسب بيرنوخ **Ph. Bernoux** فإنّ هذه المسلمة يمكن الاستنتاج منها أنّ أي تنظيم مهما

1 - مروان المدير، " سوسيولوجيا التنظيمات من ماكس فيبر إلى ميشال كروزيه "، مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 34، سبتمبر 2017، ص 74.

2 - محمد المهدي بن عيسى، علم اجتماع التنظيم، من سوسيولوجية العمل إلى سوسيولوجية المؤسسة، مرجع سابق، ص، ص215، 214.

وصلت مراقبته وإخضاعه لأفعال وسلوكات المنتمين إليه، فإنّ هذه العقلانية تبقى نسبة محدودة وغير مطلقة.

➤ المسلمة الثانية: إنّ الفاعل داخل التنظيم يتمتع بنوع من الحرية، وهذه الأخيرة تمنح له درجة من الاستقلالية عن التنظيم مما يمكنه من الحصول على قدرة الاختيار في أن يسهم ويشارك أو العكس من ذلك، حتى وإن كان مفروض عليه المشاركة. إنّ الاستقلالية هنا تعطيه إمكانية تحديد مستوى المشاركة؛ فالتنظيم يسعى إلى الحد من درجة هذه الاستقلالية والفاعل يحاول انطلاقاً من ما يتوفر عليه من قدرات أن يعزز هذه الاستقلالية أو على الأقل أن يحافظ عليها.

➤ المسلمة الثالثة: الاستراتيجية التي يختارها الفاعلون، سواء في علاقتهم ببعضهم البعض أو في علاقتهم بالتنظيم تتميز بالعقلانية إلاّ أنّ هذه العقلانية محدودة وذلك راجع بطبيعة الحال إلى وجود استراتيجيات أخرى مضادة، إضافة إلى عوائق السياق المتعددة. وهنا لا يمكن لأي فاعل مهما كانت له القدرة أن يجد الوقت والوسائل التي تمكنه من التوصل إلى حل عقلائي أو أمثل بهدف تحقيق أهدافه؛ وهنا يكون هذا الفاعل أمام حل مرضي نسبياً أو أمام الحل الأقل ضرراً بالنسبة إليه في ظل الحواجز والإمكانيات التي يحتكم إليها.

## 1-2-2 المفاهيم:

### الفاعل L'acteur:

الفاعل يكون إما فرداً أو مجموعة، و قد استفاد كروزيه في تحليله الاجتماعي من ما جاءت به نظرية الفعل الاجتماعي، فالفاعل هو ذلك الفرد الذي له القدرة على التدخل و المشاركة في مشكلة ما، أي أنّه مرتبط أو معني انطلاقاً من رهانات يكتشفها و يتبناها، و ذلك لأنّ أيّ فاعل عنده شكل من أشكال النفوذ أو التأثير يستطيع به تحريك أو استعمال موارد ضائعة في التنظيم، وعلى كل فإنّه إذا كانت القضية أو الرهان ضعيف عند الفاعل، فإنّ الفاعل لا يكون له تحرك كبير و لا أهداف كبيرة، أو أنّ الأهداف غير مهمة عنده، و بالعكس إذا كانت الرهانات مهمة أو جماعية يكون الفاعل حينئذ يعمل لصالح الجماعة. وترى هذه المقاربة أنّ سلوكات الفاعل في علاقته بالتنظيم يمكن حصرها في استراتيجيتين أساسيتين هما:

➤ **الإستراتيجية الدفاعية:** وهي الإستراتيجية التي يعتمدها الفاعل إزاء المنظمة بهدف المحافظة على الإمتيازات أو المكاسب الذي يعتقد بأنها تشكل رهانا بالنسبة إليه فيستعمل كل ما لديه من اوراق رابحة ( موارد) من أجل أن تبقى الوضعية التنظيمية بخصائصها الحالية كما هي عليه، ويبقى هو في موقع قوى في علاقته التفاوضية إزاء المؤسسة.

➤ **الإستراتيجية الهجومية:** يبني الفاعل الإستراتيجية الهجومية عندما يريد الإستزادة من المكاسب والامتيازات، وهي نوعان: الاستراتيجية المساوماتية والتي يسعى من خلالها الفاعل الحصول على المكاسب فورية وعاجلة في شكل خذ وهات، مثال ذلك إستعداد العامل القيام بعمل خارج مجال إختصاصه في مقابل الحصول على امتيازات كعلاوات ترقية إجازات... أما النوع الثاني سمي الاستراتيجية الاستثمارية والتي يعتمدها الفاعلون للحصول على امتيازات في المدى المتوسط أو البعيد، وعادة ما نجد هذا النوع عند العمّال من أجل تحسين وتطوير مسارهم المهني.

**السلطة أساس الفعل المنظم 1:** يُعرّف التحليل السوسيولوجي السلطة كعلاقة فهو " القدرة التي يتوفر عليها بعض الأفراد تدفع الآخرين إلى التصرف بما يخدم مصالحهم " مفهوم السلطة - مأخوذ كعلاقة - يتجاوز بعض أشكال العلاقات التي تقوم على أساس نقل الصلاحيات أو تفويض المهام؛ نظرا لما تتمتع به علاقة السلطة (Pouvoir) ؛ وإلتماسا من خاصية تبادلية حيث أنّ الرئيس في أي تنظيم يُمكن أوامره على مرؤوسيه ويجبرهم على الإمتثال لها، لكن يمكن لهؤلاء بالمقابل أن ينفذوا التعليمات بطرق مختلفة ومتباينة فإمّا جد ومثابرة وحماس، وإمّا تقاعس و إتكالية وتهاون؛ ويحدد ميشال كروزيه وهيرار فريدبرغ مصادر السلطان الى أربعة مصادر:

- 1- يتوفر بعض الأفراد على قدرات وخبرات مهنية من الصعب أن يستغني عنها التنظيم كسلطة الخبراء، والذين يتوفرون على مهارات عالية؛ يتمتعون بوضعية مريحة اثناء التفاوض مع الإدارة.
- 2- حيازة بعض الأفراد على المعلومات والمهارات تهم التنظيم والبيئة التي توجد فيها هذه التنظيمات على السواء.
- 3- امتلاك شبكة جيدة للتواصل.

4- المعرفة الجيدة لقواعد التنظيم والقدرة على إستعمالها على أحسن وجه، فالأفراد داخل التنظيم يحضون بمكانات خاصة تبعاً لما يبدونه من استعداد للعمل وفق المعايير والقواعد المسطرة.

ويضيف عبد الوهاب بلعباس جملة من مصادر سلطة الأفراد في التنظيم:

- 1- **الاندماج الاجتماعي والتكامل:** ويتضمن هذا التكتيك المدح والإطراء للرؤساء وزملاء العمل، لأنّ معظم الأشخاص تقعون في الخطأ والإشكالات إذا لم يتقبلوا نجاح الآخرين، وفي العلوم السلوكية فإنّ مفهوم التبادلية الاجتماعية يعمل بنفس التكامل الاجتماعي، حيث أنّ هناك التزام اجتماعي لمكافأة الأشخاص الذين يقدمون مآثرة اجتماعية أو إطراء أو تحسين سمعة لزملائهم برد هذا الجميل، وتقديم مكافأة مماثلة حيث هناك توقع من قبل الشخص الذي تمدحه بأن يقدم مدحا مماثلاً، وإلاّ يعتبر شخصاً بدائياً وجاهلاً.
- 2- **تشكيل التكتلات والشبكات:** وذلك عن طريق مصادقة الأشخاص المهمين، هؤلاء الأشخاص ربما لا يكونون في موقع له قيمة سياسية، ولكن وظائفهم ربما تزودهم بمعلومات مفيدة.

3- **إيجاد انطباع:** يستخدم بعض الأفراد من وقت لآخر المظهر الخارجي، فالمؤسسات تفضل الأشخاص الذين يبدون بعض الصفات كالولاء والاهتمام، والأمانة، والأناقة، والنواحي الإجتماعية وهكذا، ويحاول الأفراد بعناية الظهور بمثل هذه الصفات الإيجابية للتأثير على الآخرين.

4- **ترفيح المعارضين:** ربما ينظر لذلك بغرابة، ولكن الأسلوب الوحيد لإزالة المعارضة يمكن أن يكون عن طريق مساعدة المنافسين، فعلى سبيل المثال، بالإمكان إزالة الشخص المنافس بمساعدته ليصبح ناجحاً، بحيث يتم نقله إلى موقع آخر بعيداً في المؤسسة والتوصية بتعيينه في وظيفة أخرى أو ترفيحه ليلائم قسماً آخر في المنظمة، مما يؤدي إلى جعل العمل أكثر راحة.

5- **متابعة خط المسؤولية:** ويعني ذلك أنّ هناك بعض الوظائف داخل المؤسسة دون غيرها ذات علاقة مباشرة بمهمتها، وهي التي تعتبر وظائف أساسية، ومن يشغلون هذه

1 - عبد الوهاب بلعباس، " السلوك التنظيمي وعلاقات السلطة والقوة ( المفهوم والأبعاد ) مقارنة تحليلية في ضوء نظرية التحليل الإستراتيجي لميشال كروزيه "، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 6، ديسمبر 2016، ص141.

الوظائف يكون لديهم نفوذ معين يزيد على نظرائهم، وهم الذين يصنعون القرارات ولهم فرص الترقية للوظائف العليا.

6- **القوة الشخصية:** تستمد هذه السلطة من صفات معينة تتوفر في الفرد تجعله يحتل مركزا معيناً بين مجموعة من الأفراد، تجعلهم قبلين ما يطلبه منهم نتيجة لصفات قيادية تتوفر في شخصيته.

2-3- **مناطق الشك والارتياب:** عندما يمتلك الفاعل في المنظمة الكفاءة والقدرة المهنية المتميزة والمعلومة الرصينة بشرط أن تكون هذه المعلومة رهان حقيقي بالنسبة للأطراف الأخرى في التنظيم، فهي المصدر الذي يستمد منه الفاعل سلطته على الآخرين وهو المجال الذي لم يتمكن التنظيم الرسمي من تقنيه والسيطرة عليه، فإستغلال هذه المنطقة - الإرتياب - تعطي للفاعل أسبقية وميزة عن الأطراف المتفاعلة معه في علاقة التبعية التي تربطهم ببعضهم البعض داخل هذا المجال التنظيمي، وتصبح تشكل بالنسبة إليه مصدر للسلطة؛ تزيد وتنقص هذه المنطقة بحسب مستوى تبعية الأطراف الأخرى إليه وحسب درجة سلطته عليهم وكذا من عدم قدرة هؤلاء الإستغناء عليه، وهذا ما أشار إليه الباحث هزبرغ في كتابه **Pouvoir et la Règle**<sup>1</sup> في دراسة الثلاثية "عمال الصيانة" و"عمال الإنتاج" ورئيس الورشة والذي يعتبر المسير الميداني للورشة، فأعتبر كروزيه أن منطقة اللايقين بالنسبة لعمال الصيانة أكبر من عمال الإنتاج ورئيس الورشة، فعندما يسألهم رئيس الورشة عن العمل، يجدون دائما ما يتحججون به يقولون مثلا أن عمال الإنتاج لا يؤديون عملهم جيدا وهم لا يعرفون جيدا التعامل مع الآلات فهم يعطونها مرارا وتكرارا، لذلك نحن نتقانى في إعادة إصلاحها وهي مسألة وقت لا غير بالإضافة إلى أن عمال الصيانة يعرفون جيدا الآلات ولهم خبرة طويلة في إصلاحها، فلا يستطيع المصنع التخلي عنهم... أما عمال الإنتاج فمنطقة اللايقين عندهم صغير لأنهم إما يعملون أو يُطردون، فعمال الإنتاج كُثر أما رئيس الورشة فيصبح تحت سيطرة عمال الصيانة نظرا لما يكتسبونه من هوامش للحرية ومناطق اللايقين... وبذلك تتحول رئاسة الورشة من رئيس الورشة إلى عمال الصيانة<sup>2</sup>. إذن منطقة الشك هي أداة استراتيجية يحاول الفاعل الاستحواذ عليها والتحكم فيها، ليمارس نوعا من الضغوط أو النفوذ أو السلطة على الآخرين، فهي مورد هام يتخذه الفاعل ليمارس فيه

<sup>1</sup> Erhard Friedberg , **Pouvoir et la Règle** , édition seuil ,Paris ,1997.

<sup>2</sup> - عليوة علي، " الصراع وإدارة الصراع عند كل من آلان توران، بيار بورديو ، ميشال كروزيه "، مجلة الرسالة للدراسات الإنسانية، المجلد 2 ، العدد 09، ديسمبر 2018، ص 151.

التحرك ضمن هامش الحرية، فالفاعل الذي يتحكم في هذه المنطقة يتمتع بالاستقلالية والقدرة على إخفاء لعبته.

**نسق الفعل الملموس:** يعطي كروزيه وفريديبيرغ تعريفاً أولياً لنسق الفعل الملموس انطلاقاً من فكرة عامة مفادها أنّ النسق هو كل مجموع يتألف من عناصر مترابطة فيما بينها وتتمتع بحد أدنى من البنية. وإلاّ فلن نميز النسق في غياب هذا الشرط عن مجرد تجمع تلقائي وعفوي للناس وينضاف إلى هذا الشرط توفر النسق على ميكانزمات الانتظام **Les mécanismes de régulation** من شأنها أن تحافظ على ذلك الحد الأدنى من البنية الذي يحكم العلاقات المترابطة بين عناصره. والذي يعني أنّ النسق الإنساني يحافظ على نوع من الثبات والانتظام، ولكن في حدود معينة، كونه معرض للتغيير جراء عمليات التكيف... وبأيّ حال من الأحوال لا يخضع النسق الإنساني إلى قواعد دقيقة تترجم على أرض الواقع... إذن فنسق الفعل الملموس حسب "كروزيه" هو حصيلة الاستراتيجيات المختلفة التي يمارسها الفاعلون، ولا يشترط كونها خاضعة للعلاقات الرسمية، إنّما تشمل مختلف الحيل و الألعاب الموجهة تنظيمياً بصفة ترتيبية بين الفاعلين في علاقاتهم التفاوضية التي تظهر فيها المصلحة التعاون والتنافر والصراع... فكل فاعل منهم يحاول وضع طرق وبدائل تبادلية و تفضيلية تؤدي في مجملها نحو تحقيق أهداف محددة بواسطة آليات الضبط الجماعي. ويمكن تعريف نسق الفعل الملموس كالاتي " كلُّ إنساني مبنين يؤلف بين عناصره عن طريق العاب ثابتة نسبياً، هدفها الحفاظ على بنية النسق؛ أي الحفاظ على ثبات الألعاب والعلاقات بين العناصر "1.

## خلاصة الفصل:

لقد حاولنا في هذا الفصل التعرف على ماهية الموارد البشرية من حيث الأهمية في التنظيم ومن حيث أهم التناولات ؛ فالموارد البشرية يُمثل الاستثمار فيها أعلى عناصر الاستثمار عائدا وأكثرها تأثيرا على الثروة الأخرى؛ وقد جاء تاريخيا التنبيه إلى ضرورة الإهتمام بالعنصر البشري تزامنا مع الثورات العديدة في المجالات الفكرية والثقافية والسياسية التي أنتجتها الثورة الصناعية في منتصف القرن 18 م. تعتبر مرحلة الإدارة العلمية أهم المحطات تأثيرا والتي دعا فيها المهندس فريدريك تاييلور إلى الإهتمام بإدارة الموارد البشرية فكانت أهم افتراضاته: تصميم العمل وفق قواعد دراسة الحركة والوقت، الاختيار المناسب للعاملين ، وتدريبهم، وإعطائهم أجور حافزة مقابل الاداء الجيد، وضرورة التعاون الحقيقي بين الإدارة والموارد البشري. ثم جاءت مرحلة مدرسة العلاقات الإنسانية والتي دعت إلى ضرورة تحسين العلاقات الاجتماعية بين المشرفين والعاملين ومراعاة سلوكيات الجماعة والاهتمام بمشاعر العاملين واتجاهاتهم ومعنوياتهم وارتباطها بالإنتاجية. ثم جاءت مرحلة الإهتمام بإدارة الموارد البشرية والمستخلصة من أعمال ودراسات في علم النفس وعلم النفس الإجتماعي وعلم الإنسان والعلوم الإدارية وعلم اجتماع التنظيم، وما صاحبها من علوم سلوكية تهدف الى دراسة السلوك الانساني في الادارة ، والذي يُعد اكثر شمولاً من مدخل الادارة العلمية ، ومدخل العلاقات الإنسانية، وذلك لأنه يراعي بيئة وظروف العمل وأثرها على السلوك . وقد لخص تطور إدارة الموارد البشرية حسب المداخل التالية:

المدخل العقلاني المغلق: الذي ظهر مع ممارسات إدارة الأفراد والقوى العاملة.

المدخل الطبيعي المغلق: الذي ميّز هذه الوظيفة في ظل اتجاه العلاقات الإنسانية.

المدخل العقلاني المفتوح: وهو الممارس في ظل إدارة الموارد البشرية كمفهوم حديث.

المدخل العقلاني المفتوح: والذي يميز وظيفة تنمية الموارد البشرية.

رأينا مدى مساهمة نتائج البحوث في العلوم الاجتماعية في تطوير إدارة الموارد البشرية فالأفراد في التنظيم لهم طابع مختلفة واتجاهات وقيم ودوافع مختلفة وقدرات مختلفة فالأفراد مختلفون والوظائف مختلفة، ومهمة إدارة الموارد البشرية هي التوفيق بينهما ولذلك تناولنا في هذا الفصل أمرين يعتبران وحدة القياس لتصرفات الأفراد داخل التنظيم:

1- السلوك هو الاستجابات التي تصدر عن الفرد نتيجة لاحتكاكه بغيره أو نتيجة لاتصاله بالبيئة الخارجية، ويتضمن السلوك بهذا المعنى كل ما يصدر عن الفرد من عمل حركي أو تفكير أو كلام أو مشاعر أو انفعالات؛ وقد تناولنا في هذا المعطى الكثير من النظريات المفسرة للسلوك نذكر منها : نظرية الحاجات لـماصلو، نظرية نظرية هرزبرغ (العاملين)، نظرية التوقع نظرية ( X و Y ) لـ دوغلاس ماك غيرغور .

2- الفعل الإجتماعي: يكاد يُجمع غالبية علماء الاجتماع على أنّ الفعل الإجتماعي هو الوحدة الأساسية للتحليل في علم الاجتماع، ويكتسب هذا الفعل صفة ( الإجتماعية ) حينما يتوفر القصد في توجيه سلوك الفاعل أو مجموعة فاعلين، ومعنى ذلك أن التفاعل هو السياق الذي تنمو فيه الشخصية؛ وقد تناولناه من منظور ماكس فيبر مرورا ببارسونز وصولا إلى ميشال كروز .



# الفصل الثالث

## سوسيولوجيا الأداء لصناعة التميز في التنظيم

- أولاً. الحوافز وصناعة الرضا
- ثانياً. التكوين وصناعة التميز في الأداء
- ثالثاً. من المرافقة إلى المراقبة ( الرقابة التنظيمية )
- رابعاً. الثقافة التنظيمية

**تمهيد :**

ترتسم معالم صناعة التميز في المنظمة من خلال الإهتمام بالعنصر البشري بصفته صانع الفارق، حيث أصبح العنصر البشري أهم وأوفر مورد من بين الموارد التنظيمية الأخرى التي تعد عوامل مساعدة، فالفرد بما يملكه من مهارات وما يتمتع به من دافعية ورغبة في العمل هو المورد الحقيقي الذي يفكر وينظم ويخطط ويراقب وهو الذي يدير ويدار والمساهم الأولى والأخير في تحقيق الفعالية التنظيمية، وما يبرر الإهتمام المتزايد في الوقت الحالي بالعامل البشري والتركيز على أدائه كونه أضحى من أهم العوامل المؤثرة في تحقيق التكيف البيئي التنظيمي مع التطورات السائدة بما يتطلب اختيار وتنمية وتقييم مكافأة العنصر البشري بالشكل الذي يدعم كفاءة أدائه والمحافظة عليه، وهنا تكمن المساهمة القيمة لإدارة الموارد البشرية كهمزة وصل بين نجاح الفرد والمنظمة في تطبيقها لأنظمة العمل الفاعلة في تحسين قدراتهم ومهاراتهم وثقافتهم فلا يمكن تحقيق الأهداف دون إشراك العنصر البشري؛ ولتتمكن المنظمة من ترقية أداء موارد ها البشرية بصفة دائمة تنطلق من بلورة إطار نظري حول مناهج تحسين الأداء البشري وصولا إلى صناعة الأداء المتميز من خلال :

أولاً: الحوافز وصناعة الرضا.

ثانياً: التكوين وصناعة التميز في الأداء.

ثالثاً: من المراقبة إلى المراقبة ( الرقابة التنظيمية )

رابعاً: الثقافة التنظيمية ( ثقافة الجودة ).

**أولاً: الحوافز وصناعة الرضا:**

تهدف الإدارة في المنظمات المتقدمة إلى تنمية العلاقات بين المنظمة والعاملين لضمان استمرار القوى العاملة بها خاصة ذوي المهارات والتخصصات الفنية وتنمية المبادأة والإبداع لدى الأفراد وإثارة الدوافع لديهم لبذل المزيد من الجهود والحصول على إنتاجية مرتفعة كما ونوعاً؛ وللحصول على ذلك فعلى المنظمة أن تفكر في نوعية الحوافز التي تنتاسب دوافع عاملها، فقد تلجا إلى المكافآت المادية كالأجور وقد تلجأ إلى المكافآت المعنوية، كما قد يتم الجمع بين النوعين بنسب متفاوتة لتحقيق النظام التحفيزي الأنسب ذلك أن ضمان استمرار الأداء بأعلى قدر من الكفاءة والفعالية يعتبر احد المهام الأساسية لأي مسئول في المنظمة، وحتى يتحقق ذلك يجب فهم الدوافع وتصرفات وأنماط وسلوك العاملين ومداخل التأثير عليها، وبالتالي تحديد كيفية تحفيزهم بطريقة فعّالة، يترتب عليها تحقيق أهدافهم وأهداف المنظمة.

**1- مفهوم الحوافز:**

تعتبر الحوافز إحدى مقومات العمل في المنظمة والتي بدونها لا يمكن لأي منظمة أن تقوم بتحقيق كامل أهدافها، فالحوافز هي الطريقة التي من خلالها تعبر المنظمة للعامل عن مدى تقديرها لأدائه المتميز وعمله المتقن، وهي من إحدى الطرق التي تساعدها على تحقيق أهدافها وذلك بجانب توافر الإمكانيات المادية وخبرة العاملين.

**تعريف الحوافز:**

فقد تعددت التعاريف واختلفت الآراء حول مفهوم الحوافز لتعدد وجهات نظر الباحثين، وكذا لتعدد التناولات الإجتماعية والسلوكية والإدارية والنفسية والاقتصادية، فقد عرفت في معجم المصطلحات العلوم الاجتماعية " الوسائل المختلفة التي تستخدمها الإدارة لحث العمال وتشجيعهم على زيادة الإنتاج وخفض تكاليفه بشكل أو بآخر وتحقيق أهداف المنشأة" هذا التعريف يعنّيه بعض النقص لأنّه لم يتعرض لبعض خصائص الحوافز كأنواعها و أشكالها، ولذلك ارتأينا أن نقوم بتجزئة التعريف الاصطلاحي للحوافز إلى أربعة أشكال حتى نلم بماهية الحوافز من كل الجوانب ونتقضى بذلك القصور والنقص في التعريف.

## • الحوافز: من حيث الأثر والفعالية :

يعرّفها (مرعي محمد مرعي) "مجموعة العوامل أو المؤثرات التي تدفع الفرد نحو بذل اكبر الجهود في عمله، والابتعاد عن ارتكاب الأخطاء، في مقابل حصوله على ما يضمن تحقيق رغباته وإشباع حاجته المتعددة، تحقيق مشروعه وتطلعاته التي يسعى لبلوغها خلال عمله".<sup>1</sup>

ويعرّفها (الجودة) "مجموعة العوامل والمؤثرات التي تدفع العاملين أيّ كان موقعهم نحو بذل جهد اكبر للإقبال على تنفيذ مهامهم بجد وكفاءة لرفع مستوى العمل كما ونوعا".<sup>2</sup>

## • الحوافز: من حيث النوع:

يعرّفها (عبد الفتاح المغربي)"على أنّها مجموعة الأدوات والوسائل التي تسعى المنظمة لتوفيرها للعاملين بها، سواء كانت مادية أو معنوية، فردية أو جماعية ايجابية أو سلبية، بهدف إشباع الحاجات والرغبات الإنسانية من ناحية وتحقيق الفعالية المنشودة من ناحية أخرى، وذلك بمراعاة الظروف البيئية المحيطة".<sup>3</sup>

ويعرفها(الشنوني)" مجموعة القيم المادية والمعنوية الممنوحة للإفراد العاملين في قطاع معين والتي تشبع لديهم حاجة وتدفعهم إلى سلوك معين".<sup>4</sup>

## • الحوافز: من حيث الوسيلة :

يعرفه (sexton) أنّها الوسيلة التي يتم استمالة فرد لعمل فعل يقود لإشباع حاجاته ولتحقيق أهداف المحفز، فالتحفيز كما يتضح من تعريفه هو علاقة بين محفز ومحفز، ومن ثم لا يتم التحفيز إلاّ بفعل فاعل.<sup>5</sup>

ويعرفها ( على السلمي) " شيء خارجي يوجد في المجتمع أو البيئة المحيطة بالشخص تجذب إليها الفرد باعتبارها وسائل لإشباع حاجاته التي يشعر بها".<sup>1</sup>

<sup>1</sup> مرعي محمد مرعي، التحفيز المعنوي وكيفية تفعيله في القطاع العام والحكومي العربي، القاهرة: المنظمة العربية للتنمية العربية، 2003، ص2.

<sup>2</sup> عادل الجودة، الحوافز، دمشق: المنظمة العربية للعلوم الإدارية، 2000، ص5.

<sup>3</sup> عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، الاتجاهات الحديثة في دراسات وممارسات إدارة الموارد البشرية، ط1، مصر: المكتبة العصرية، 2009، ص365.

<sup>4</sup> صلاح الشنوني، ادراة الأفراد والعلاقات الإنسانية، القاهرة: دار الجامعات العصرية، د س ن، ص 420.

<sup>5</sup> محمد لمين مراكش، "دور نظام الحوافز في تحسين الأداء للموارد البشرية"، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة سعد دحلب، البلدة، 2012، ص 82.

## • الحوافز: من حيث الهدف والنتيجة:

يعرّفها (شاويش) " فرص أو وسائل (مكافأة، علاوة،... الخ ) توفرها إدارة المنظمة أمام الأفراد العاملين، لتثير بهم رغباتهم وتخلق لديهم الدافع من أجل السعي للحصول عليها عن طريق الجهد، والعمل المنتج، والسلوك السليم، وذلك لإشباع حاجاتهم التي يحسون ويشعرون بها والتي تحتاج إلى إشباع "2.

ويعرّفها (المسوي) "كل الوسائل والعوامل التي يكون من شأنها حث الموظفين والعمال على أداء واجباتهم بجد وإخلاص وتشجيعهم على بذل أكبر جهد وعناية في أداء هذه الواجبات ومكافأتهم على ما يبذلونه فعلا من جهد زائد عن المعدل في مجال الإنتاج والخدمات".

## 2- أهمية الحوافز:

## أ- أهمية الحوافز على مستوى الفرد:

1- الاعتراف بقيمة ما ينجزه الفرد وإشباع حاجته للتقدير طالما أنّ العمل الشيء سريعا ما ينال صاحبه الجزاء الرادع من التأنيب والتوبيخ والخصم أحيانا والفصل أحيانا.

- يجب الاعتراف بحق لمن بذل الجهد وأتقن العمل وأخلص فيه بتشجيعه وحثه على الاستمرار بما يمكنه من الإبداع والحرص على الدوام التقدم والنمو.

- أداة التغذية المرتدة يسعى معظم الأفراد إلى الوقوف على نتائج أفعالهم ورد فعل الغير تجاهها، استجابة برغبتهم في معرفة المعلومات والبيانات عن أدائهم، وإشباعا لغرائزهم في حب الاستطلاع.

2- الدعم المالي: يمثل الدعم المالي أهمية كبيرة لمعظم الأفراد فالتعويض المالي يحتل مكانة كبيرة في جو العمل حتى يتمكن الفرد من إشباع حاجتهم المادية.

3- زيادة مستوى الرضا العامل عن عمله نتيجة إشباع الحوافز لحاجته ورغبته ومن ثم العمل جاهدا على إشباع حاجات ورغبات رفع المستوى رضاء العميل الخارجي للمنظمة.

1 على السلمي، إدارة الأفراد والكفاءات الإنتاجية، القاهرة: مكتب غريب للنشر، 1985، ص 214.  
2 مصطفى نجيب، شاويش، إدارة الموارد البشرية وتأثيرات العولمة عليها، ط1، عمان: دار المحدلاوي، 2004، ص229.

4- تحمل المسؤولية: يعد تحمل المسؤولية من العوامل البارزة ذات الأثر الكبير في إنجاز الأعمال وتحقيق الأهداف فالالتزام عنصر جوهري من عناصر تكوين الشخصية والأفراد يبحثون عن المكانة الإجتماعية والدور الفعّال والإحساس بالفخر وكلها متغيرات لا تبدو واضحة دون تحمل المسؤولية.

#### ب- أهمية الحوافز على مستوى الجماعات:

1- إثارة حماس الجماعات وتشجيع المنافسة فيما بين أفراد الجماعة يجب على الأفراد إثبات ذاتهم ومن هنا يحدث التحدي.

2- تنمية روح المشاركة والتعاون: تؤدي الحوافز الجماعية إلى تكاتف الجماعة لتحقيق المعايير المطلوبة للحصول عليها كما تسمح المشاركة لإفراد الجماعة من إتخاذ القرارات بتقبلهم وتفاعلهم لتنفيذها وشعورهم بالأهمية لإقتناع الإدارة بآرائهم ووجهات نظرهم.

3- تنمية المهارات فيما بين أفراد الجماعة: تشجع الحوافز الجماعية ذوي المهارات العالية من نقل المهارات إلى زملائهم مما يزيد من فرص التنمية والتدريب أثناء العمل.

4- شعور العاملين بالعدالة والمساواة داخل المنظمة.

5- زيادة ولاء وإنتماء العمال للمنظمة، وكننتيجة زيادة مستويات ولاء وإنتماء العميل للمنظمة.

### ت- أهمية الحوافز على مستوى المنظمة:

1- التكيف مع متطلبات البيئة الداخلية والخارجية: تساهم الحوافز في الاستجابة لتأثير الضغوط المحيطة بالمنظمة في النواحي الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية والحكومية رغم ما يتطلب من المنظمة ابتكار الطرق والوسائل الحديثة لتحسين إنتاجها والحفاظ على مكانتها، هنا يستدعي بدوره الاستقلال الأمثل للموارد المادية والبشرية.

2- التكامل والترابط بين نشاط التحفيز وأنشطة الموارد البشرية المختلفة: ومنها التخطيط للموارد البشرية وتحليل الوظائف والاستقطاب والاختبار والتعيين والتدريب والتنمية وتقييم الأداء والأجور والمنافع والخدمات والترقيات... وتؤثر هذه الأنشطة مجتمعة على النتائج المتوقعة على مستوى المنظمة.

3- تهيئة المناخ التنظيمي المناسب حتى تساهم الحوافز في تحقيق جو من الرضا عن العمل لدى الأفراد مما يدفعهم للحرص على المصلحة العامة والسعي لزيادة الإنتاجية وتحقيق أهداف المنظمة.

4- تؤدي الحوافز إلى التخلص من بعض المشاكل التنظيمية، كالتغيب ودوران العمل والتأخر وزيادة ساعات إضافية.

5- تساعد في تغذية المنظمة بالأفراد ذوي المهارات العالية بجانب مساهمتها في المحتفظة الموجودة، وتشجيع الإبداع والابتكار.

### 3- أنواع الحوافز:

#### 1 - وقسمت الحوافز من حيث الأطراف ذات العلاقة أو المستفيدون إلى:

1-1- الحوافز الجماعية: يستخدم الأسلوب الحوافز الجماعية من اجل الحفاظ على روح الفريق الذي من مميزاته التناسق والتفاهم والابتعاد عن الصراع بين أعضائه وهذا يؤدي إلى الأداء الجيد.

1-2- الحوافز الفردية: هي الحوافز التي تعتمد على أداء الفرد وليس الجماعة أو المنظمة ومن أهم مزاياها أن الفرد يمكن أن يلمس العلاقة بين الأداء والمكافأة<sup>1</sup>.

2- وتقسم الحوافز من حيث أثرها إلى:

2-1- الحوافز الإيجابية: وهي تلك المستخدمة في إتجاه ايجابي بحفز العمال عن طريق تشجيعهم للقيام بأعمال معينة، وذلك بزيادة المزايا والخدمات المغرية قصد إشباع حاجاتهم.

2-2- الحوافز السلبية:

هي تلك المستخدمة في اتجاه سلبي وتسعى إلى التأثير في سلوك العاملين من خلال العقاب والردع والتخويف وهذا حتى تجعلهم يقومون بما هو صحيح ولائق حيث يكون ذلك من خلال العمل التأديبي الذي يأخذ شكل جزاءات مادية كالخضوع من الأجر والحرمان من العلاوة أو الحرمان من الترقية أو إدراج العامل المهمل والمقصر في قائمة خاصة تنشر على العاملين في نفس الإدارة.

3- وقسمت من حيث الحافز إلى حوافز مادية وحوافز معنوية:

3-1 - الحوافز المادية:

الحافز المادي هو الحافز ذو الطابع المالي أو النقدي أو الإقتصادي وهي التي تقوم بإشباع حاجات الإنسان الأساسية من المأكل والملبس والسكن.

1 - احمد الكردى، " الحافز وعلاقته بالأداء الوظيفي"، مدونة التنمية البشرية والتطوير والأداء [ahmed.kordy.blogspot.com](http://ahmed.kordy.blogspot.com) زيارة الموقع: 2016-4-22 على الساعة 21:00 h.



## 3-2 - الحوافز المعنوية:

الحوافز المعنوية هي الحوافز التي تشبع حاجات الإنسان الاجتماعية والنفسية أو الذاتية، ومن هذه الحوافز: الحوافز الاجتماعية وفرص الترقية والاحترام والتقدير أو إشعار الأفراد بأهميتهم والاعتراف بإنجازاتهم<sup>1</sup>.

وتشمل الحوافز المعنوية على ما تقدمه إدارة المؤسسة إلى العاملين فيها من أشكال التقدير والتكريم المختلفة التي تخاطب الجانب الإنساني في شخصياتهم مثل المشاركة في اتخاذ القرارات والخدمات الترفيهية والنشاطات الاجتماعية والترقيات الوظيفية والتدريب المهني والهدايا وأشكال التكريم المتعددة التي تميزهم عن غيرهم.

## ثانياً: التكوين وصناعة التميز في الأداء:

ينظر للتكوين في المؤسسات الناضجة على أنه نشاط مؤثر بشكل كبير في نجاحها وتميزها ومحدد لمدى استمرارها في البقاء والزيادة، ومن ثم يجب الاهتمام والربط بينه وبين استراتيجيات وخطط واهداف المؤسسة.

## 1- مفهوم التكوين:

إنّ البحث في دلالات مصطلح التكوين في التداول اللغوي يتمركز كله حول العمل الإداري المنظم، الذي يستهدف استحداث، أو انشاء وضع ما، أو شيء ما، أو نموذج ما في الفرد أو الجماعة أو المؤسسة. فالمنجد اللغوي يربطه بالكينونة، بمعنى حدوث الشيء ووجوده، ويعطي له دلالة الاحداث والايجاد، وعند الرجوع به للفعل " كَوّن " . بمعنى أحدثه وأوجده وهي معان تتضمن وتستوعب كل ما يجري من عمليات استحداث تغيرات على الوضعيات المعرفية والسلوكية للأفراد من اجل تكيفهم مع الازمات المهنية الجديدة<sup>2</sup>.

وتجدر الإشارة أنّ كلمة تكوين هي ترجمة من الفرنسية **formation** وتستعمل في بلدان المغرب العربي، في حين ترجمتها بالإنجليزية **training** تعني تدريب وتستعمل في بلدان المشرق العربي.

1 - سنان الموسوي، مرجع سابق، ص234

2- العربي بلقاسم فرحاتي، تاهيل الموارد البشرية، عمان: دار اسامة للنشر والتوزيع، 2012، ص35.

أما اصطلاحاً فقد عرّفت منظمة اليونسكو التكوين " رفع كفاءة البشر بواسطة البشر ومن أجل البشر " فهدف التكوين خدمة الإنسان أخيه الإنسان بكفاءة عالية تقضي إلى رضا الطرفين - العامل والعميل- وعرفه فيليبو flippo " هو العملية التي من خلالها يتم تزويد العاملين بالمعرفة أو المهارة لأداء وتنفيذ عمل معين.1 " يربط هذا التعريف بين مستوى أداء العاملين للمهام الموكلة إليهم بمستوى المعلومات والمعارف التي تلقوها في مجال الأعمال والمهام المسندة إليهم، فكلاً كانت لهم معارف ومعلومات ومهارات حول كيفية أداء الأعمال كلما كان مستوى الأداء عالي. ويعرف على أنه "مجموعة من الأنشطة المنظمة أو المخططة تهدف إلى تطوير معارف وخبرات واتجاهات المتكويين وتساعدهم في تحسين معلوماتهم، ورفع كفاءتهم الإنتاجية وحل مشكلاتهم وتحسين ادائهم." يشير هذا التعريف إلى أنّ التكوين هو العملية التي من خلالها تتمكن المنظمة من الحصول على المعلومات الضرورية لأفرادها والتخطيط لها بشكل دائم لتمكينهم من تحقيق نجاحات في المهام الموكلة إليهم، ومن ثم تحقيق أهداف المنظمة و الأفراد على السواء. ومن هذا التعريف يمكننا تحديد النقاط التالية 2: - التكوين جهود مخططة من قبل المنظمة وبالتالي فهو يحتاج إلى عمليات تحليل تشغيل ومراعاة مختلف البدائل واتخاذ القرارات وغيرها من العمليات التخطيطية.

- التكوين يشمل على عمليات تعلم المعارف والمهارات المتعلقة بوظائف معينة ويجب تحديد المهارات والمعارف المرتبطة بالوظيفة حتى يجني ثمار هذا التكوين لرفع من مستوى المتلقي.

- التكوين يهدف إلى تنمية أداء العاملين وتحقيق أهداف المنظمة، ولذا يجب أن تكون أهداف المنظمة وغاياتها محددة ومعروفة، ومن ثم يتم تحديد نوع الأداء المطلوب لتحقيق تلك الغايات والأهداف.

ومن التعاريف الشاملة للتكوين تعريف R.Legender " جملة من النشاطات والوضعيات البيداغوجية والوسائل الديدككتيكية التي تهدف إلى اكساب الفرد معارف، اتجاهات، ومهارات جديدة، أو تطوير أخرى سابقة، حتى يكون قادراً على أداء مهمة أو عمل ما." يشير هذا التعريف إلى:

- يستعمل التكوين جملة من الوسائل والنشاطات.

1 - محمد فالج صالح، إدارة الموارد البشرية، ط1 ، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2004، ص101.  
2- عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، الاتجاهات الحديثة في دراسات وممارسات إدارة الموارد البشرية، ط1، عمان: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، 2009، ص188.

- إكساب الفرد المتكون تغيرات في المعارف والمهارات والاتجاهات.
- تؤدي هذه التغيرات إلى تطوير الفرد لإنجاز المهام التي ستوكل إليه.
- ومن التعاريف التي تحاكي التعريف السابق ولكن أكثر دقة وعمقا تعريف **M.Fabre** "التكوين نظام حيوي يتحسس للتغيرات السياقية من حوله ويسعى باستمرار للاستجابة الملائمة لها، عبر سيرورة يسعى من خلالها لتكوين شخص معين، في تخصص معين لأجل اهداف معينة وبواسطة برنامج تكويني معين." ويضيف **M.Fabre** أن أي حديث عن التكوين يركز على الإجابة على أحد الاسئلة الثلاثة التالية:

✓ لما نكوّن ؟ (لأجل اهداف محددة)

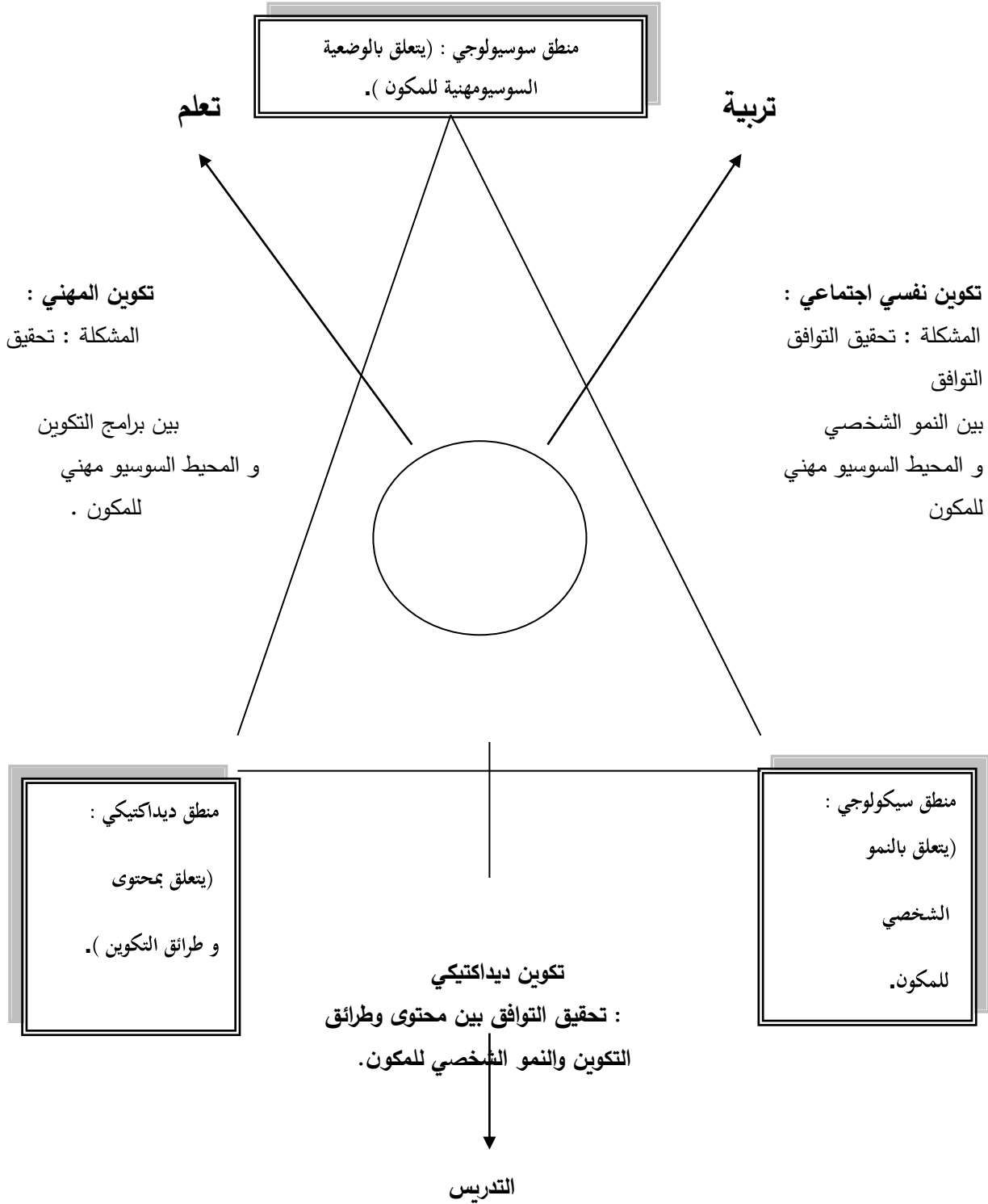
✓ من نكوّن ؟ ( المتكوّن )

✓ فيما نكون؟ ( التخصص )

تتم الإجابة عن هذه الثلاثية الاستفهامية كما يلي:

- ❖ عندما يطرح السؤال فيما نكوّن؟ تأتي الاجابة بمنطلق ديداكتيكي يبحث في طبيعة التخصص والمعرفة وتعليمية المواد.
  - ❖ عندما يطرح السؤال من نكوّن؟ تأتي الإجابة بمنطلق نفسي اجتماعي يبحث في الوسائل الاكثر ملائمة لخصائص المتكون وأقدر على تنمية شخصيته.
  - ❖ عندما يطرح السؤال لما نكون؟ تأتي الإجابة بمنطلق سوسيو- مهني، يبحث في مدى تحقيق التكوين للأهداف المؤسسية والاجتماعية التي سطر لأجلها.
- وعلى اساس هذه الثلاثية بنى **M.Fabre** ما أسماه " مثلث التكوين، انظر الشكل التالي:

الشكل ( 5 ) مثلث التكوين ل ( M.Fabre )



المصدر: بوعبدالله لحسن، مقارنة منظومية للبرامج التكوينية، الجزائر: منشورات مخبر ادارة وتنمية الموارد البشرية، 2010، ص9.

**2 - فوائد التكوين:****\* بالنسبة للأفراد:<sup>1</sup>**

- تقليل الأخطاء والانحرافات ومن حوادث العمل.
- تحسين أداء العاملين حيث يساعد العاملين على زيادة مستوى ادائهم للأعمال المسندة إليهم مما يؤدي في النهاية إلى زيادة الإنتاج سواء في شكل كمي أو نوعي، و يسبب زيادة المهارة والمهارة في العمل.
- يقلل من دوران العمل نتيجة لازدياد الاستمرار والثبات في حياة العاملين وزيادة رغبتهم في خدمة المنظمة، والإخلاص لها.
- يساعد الأفراد على إتخاذ القرارات الأحسن، كما يزيد من قابليتهم ومهاراتهم في حل المشاكل التي تواجههم في بيئة العمل.
- يساعد العاملين على التغلب على حالات القلق والتوتر والاعتراب والصراع داخل المنظمة.
- يفتح فرص الترقى والتقدم أمامه، وما ستتبع ذلك من زيادة في الأجور.

**\* بالنسبة للمنظمة:**

- تكوين الاتجاهات: تكوين اتجاه معين لدى العمال عن المنظمة لتحقيق تأييده لأنشطة المنظمة والحصول على تعاون اوسع وولاء خصيصا اتجاهها<sup>2</sup>.
- تحسين ربحية المنظمة بزيادة في الإنتاج ونوعيته.
- تحسين المعارف والمهارات الخاصة بالعمل في كل مستويات المنظمة.
- تحسين معنويات العاملين.
- يساهم التكوين في زيادة المرونة التنظيمية وتحقيق الاستقرار في العمل، ومن ثم تحقيق الترابط بين مصالح الأفراد من جهة ومصالح أصحاب الأعمال من جهة أخرى.

**\* بالنسبة للمجتمع:**

- استغلال الموارد الطبيعية للبلاد.
- يشغل الأيدي العاملة واستغلالها في ظروف أفضل ، وفتح باب أفضل أمام الشباب.

1 - مؤيد سعيد السالم، إدارة الموارد البشرية، مدخل استراتيجي، ط1، عمان: انشاء للنشر والتوزيع، 2009، ص273.

2 - جمال الدين محمد المرسي، الادارة الاستراتيجية للموارد البشرية، مصر: الدار الجامعية، 2003، ص334.

- سد احتياجات البلاد بالإنتاج المحلي.
- تحسين المستوى المعيشي لإفراد المجتمع.
- حماية الدولة نفسها من الاستغلال الأجنبي<sup>1</sup>.

### 3- أنواع التكوين : يقسم التكوين إلى الأنواع التالية:

- التكوين حسب المدة الزمنية ويقسم هذا النوع إلى قسمين<sup>2</sup>:

**التكوين قصير المدى:** ويستغرق من أسبوع إلى ستة أسابيع، ويتم فيها عقد دورات مركزة ومن عيوبها عدم تمكن المتكون من الاستيعاب لعدم التعرض لجميع التفاصيل لعدم توفر الوقت.

**التكوين طويل المدى:** تصل مدة التكوين إلى أكثر من سنة، ومن محاسنه أن المتكون يتحصل على معلومات كافية ودقيقة تلبي احتياجاته التكوينية، إلا أنه بالنسبة للمنظمة مكلف.

- من حيث المضمون أو نوع الوظيفة: حسب هذا التصنيف يقسم<sup>3</sup>:

**التكوين التخصصي:** هذا النوع من التكوين هدفه تعويض القصور في المعارف والمهارات لدى العاملين بطبيعة أعمالهم، ورفع كفاءتهم في أداء المهام الموكلة إليهم.

**التكوين الإداري:** يشمل هذا النوع من التكوين زيادة المهارات الإدارية لدى الأفراد من تحليل المشاكل واتخاذ القرارات الإدارية وزيادة القدرة على التفكير الخلاق، كما يشمل بالإضافة إلى ذلك المهارات الاتصالية والقيادية والإشراف والتحفيز والتخطيط والتنظيم.

**التكوين المهني والفني:** يهتم هذا النوع بالمهارات اليدوية والميكانيكية، في الأعمال الفنية والمهنية.

- من حيث احتياجات الأفراد: ينقسم التكوين حسب هذا التصنيف إلى ثلاثة أنواع<sup>4</sup>:

**التكوين الذاتي:** هو ذلك النوع من التكوين الذي يقوم الفرد بتطوير مهاراته.

**التكوين الفردي:** هو ذلك التكوين الذي يهدف إلى تنمية مهارات فرد يكون في حاجة إلى توجيهه و إرشاد و معالجة ما قد يشوب أداءه.

1 - مجدي احمد بيومي، محمد السيد لطفى، الكفاءة التنظيمية والسلوك الانتاجي، مصر: الدار الجامعية للنشر، 2011، ص292.

2 - محمد فالح صالح، مرجع سابق، ص، ص108، 109.

3 - أحمد ماهر، إدارة الموارد البشرية، مصر: الدار الجامعية، 2006، ص، ص362، 363.

4 - نجم عبدالله العزاوي، عباس حسين جواد، الوظائف الاستراتيجية في ادارة الموارد البشرية، عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع ، 2010، صص184، 183.

**التكوين الجماعي:** يهدف إلى تنمية الأفراد بصورة جماعية، ولهذا الأسلوب تأثير إيجابي على الأفراد المنظمين إليه، حيث أنّ للجماعة تأثيراً قوياً على أعضائها.

- من حيث مكان التكوين: ينقسم إلى قسمين:

**التكوين داخل المؤسسة:** يجري التكوين داخل المؤسسة بإشراف مدربين من داخل المؤسسة كتكليف إطارات المؤسسة بذلك، أو جلب مكونين من خارج المؤسسة.

**التكوين خارج المؤسسة:** تفضل بعض المؤسسات أن تنقل كل أو جزء من نشاطها التكويني خارج المؤسسة ذاتها، وذلك إذا كانت الخبرة التكوينية وأدوات التكوين متاحة بشكل أفضل في الخارج.

### ثالثاً: من المرافقة إلى المراقبة ( الرقابة التنظيمية ):

تعتبر الرقابة آلية أو وسيلة بل وظيفة تستخدمها المنظمة لضمان تنفيذ خطة سير العمل حسب مقتضيات البرنامج الموضوع، وتعمل على إظهار نواحي الضعف في العملية الإنتاجية، وتقوم بتصحيح الأخطاء المحتملة ومنع تكرارها إن أمكن ذلك لتلبية رغبات العميل، توجد اتجاهات ثلاثة تختلف فيما بينها في تحديد تعريف الرقابة، ولذلك سنقوم بإعطاء وبصفة مقتضبة بعض ما جاء في التراث الفكري الإداري عن مفهوم الرقابة الإدارية.

#### 1- مفهوم الرقابة التنظيمية:

لقد جاء في تراث الفكر الإداري لمفهوم الرقابة على أنّها مفهوم غامض، إذ يشير ريف وودوار إلى أنّ "مفهوم الرقابة في لغة التعامل التنظيمي مصطلح غامض الالتباس ينتج بشكل أكبر من كون كلمة "يراقب" يمكن أن تعني يدير، المراقبة تطابق حصراً المهمة التي تتمثل في التأكد أنّ النشاطات تؤدي إلى النتائج المنتظرة وحسب هذا المعنى، المراقبة تقتصر على إرشاد الوصول إلى نتائج النشاطات الاستعلام عن النتائج الحقيقية المحققة واتخاذ قرارات تعديلية عند الضرورة." 1 يرى صاحب هذا التعريف أنّ الرقابة هي الإدارة أي أنّها مفهوم واسع يشمل كل وظائف الإدارة، وعلى نفس النسق يشير دروكر P.DRUKER والذي يعتبر من الآباء المؤسسين للرقابة الإدارية " كلمة مراقبة غامضة، تعني القدرة على

<sup>1</sup> فررونسواز جيو، و آخرون، المراقبة الإدارية وقيادة الأداء، تر ( وردية راشد)، ط1، بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2007، ص15.

الإدارة الذاتية، وإدارة العمل الذاتي، يمكن أن تعني خضوع شخص لسيطرة شخص آخر<sup>1</sup> ويعود غموض هذا المفهوم لكثرة تناولاته في قلب نقاشات المجتمع - الرقابة على كل شيء - كما يعود إلى اختلاف التناولات في الفكر الإداري بتعدد واختلاف وجهات النظر في حقل العلوم الإنسانية والاجتماعية، إذ يُعرّف هذا المفهوم حسب الاتجاه والمدخل الذي يتبناه، وفي هذا الصدد توجد ثلاثة اتجاهات فكرية رئيسية تتعلق بموضوع تعريف الرقابة الإدارية:

#### - أصحاب الفكر الكلاسيكي:

يُعرّف اصحاب هذا الفكر الرقابة التنظيمية على أنّها، عملية تفتيش وتخويف أفراد التنظيم، لذا فقد استخدموا ألفاظ معينة من قبيل القوة POWER، والسلطة، فالمدبر التقليدي يستخدم قوته وسلطته الرسمية، وقد أشار دوغلاس ماك غريغور في نظريته (X,Y)، ففي X يرى أنّ الفرد في المنظمة لا يمكن القيام بدوره دون متابعة أو إشراف من قبل المسؤولين في تلك المنظمة، فهو يتسم بكراهية متأصلة للعمل ومن ثم فإنّه يجب أن يخضع للرقابة الشديدة والدقيقة أثناء مباشرته للعمل المكلف به وأنّ العقاب أو التهديد به يجب أن يُعد من الوسائل الأساسية لإجباره على القيام بهذا العمل، خاصة أنّ هذا الفرد لا يعمل في الواقع حبا أو رغبة في العمل وإنما خوف ورهبة من الحرمان والعقاب، وضمن هذا السياق عرفها هنري فايول رائد مدرسة التكوين الإداري التي دعت إلى أهمية الإشراف والتحكم والسلطة داخل التنظيم " تنطوي الرقابة على التحقق إذا كان كل شيء يحدث طبقا للخطة الموضوعة والتعليمات الصادرة، وأنّ غرضها هو الإشارة إلى نقاط الضعف والأخطاء بقصد معالجتها ومنع تكرار حدوثها، وهي تنطبق على كل شيء، موارد، أفراد، افعال. <sup>2</sup>، يشير فايول في هذا التعريف إلى أنّ الرقابة هي التأكد من أنّ كل شيء في المنظمة يسير على ما يرام ووفق الخطط المُعدة مسبقا، ومنفّذة وفقا لأوامر الإدارة العليا - السلطة التنفيذية - والمبادئ السارية، وهي تهدف إلى الوقوف على نواحي الضعف والأخطاء ومن ثم العمل على علاجها ومنع تكرارها، وهي تشمل كل ما يدور في المنظمة، مراقبة الإنتاج ونوعيته، سلوك العمال، و ملاءمة أماكن العمل...

<sup>1</sup> المرجع السابق، ص13.

<sup>2</sup> زاهر عبدالرحيم عاطف، الرقابة على الأعمال الإدارية، ط1، عمان: دار الراجحة للنشر والتوزيع، 2009، ص35.



وجاء في تعريف محي الدين الأزهري بما يُحاكي تعريف فايول " الرقابة في المشروع يشمل الكشف عمّا إذا كان كل شيء يتم وفقا للخطط الموضوعة والتعليمات الصادرة والمبادئ السارية، وهي تهدف إلى الوقوف على نواحي الضعف والأخطاء ومن ثم العمل على علاجها ومنع تكرارها، وهي تكون على كل شيء سواء أعمال، أشياء، أفراد ".<sup>1</sup>

### - أصحاب الفكر السلوكي:

ينظر اصحاب الفكر السلوكي إلى الرقابة التنظيمية من الجانب الإنساني، حيث يركز تعريفهم لها من زاوية القدرة على التأثير على سلوك الآخرين بإيجابية من أجل تحقيق الأهداف المرجوة، باعتبار أنّ الإنسان بطبيعته متحمل للمسؤولية ويعمل دونما خوف من العقاب ولكن رغبة في العمل، وأنّ العملية الرقابية هنا فقط لزيادة الهمم وتشجيع الكفاءات والعمل على تحقيق الأهداف بأحسن كفاءة ممكنة- نظرية-Y- وضمن هذا السياق جاء تعريف كل من **Bedeau et Cighoui** " العملية التي يتم من خلالها قيام فرد أو جماعة أو منظمة بتحديد ما يقوم به فرد أو جماعة أو منظمة والتأثير فيه من خلال تقييم وتصحيح أداء العاملين بالشكل الذي يؤدي إلى تحقيق أهداف المنظمة."<sup>1</sup> وجاء في تعريف آخر لرائد الفكر السلوكي جورج تيري **G-Terry** على أنّ الرقابة التنظيمية هي " قدرة المدير على التأثير في سلوك الأفراد في تنظيم معين بحيث يحقق هذا التأثير النتائج المستهدفة."<sup>2</sup>

### - الاتجاه العملي التطبيقي:

يركز اصحاب هذا الاتجاه على الناحية العملية للرقابة وخطوات القيام بها، وعلى ذلك فقد عرّفها صلاح الشنواني " الرقابة وظيفة إدارية تعمل على قياس وتصحيح أعمال المساعدين والمرؤوسين بغرض التأكد من أنّ الأهداف والخطط المرسومة قد حقت ونُفذت."<sup>3</sup>

معظم أنصار هذا الاتجاه يجمعون على الخطوات التالية:

- أ- وضع معايير رقابية متفق عليها .
- ب- قياس الأداء الفعلي.
- ت- بيان مدى الانحراف لمقارنة نتائج الأداء بالمعايير.

<sup>1</sup> حسين احمد الطراونة، توفيق صالح عبد الهادي، مرجع سابق، ص20.

<sup>2</sup> علي عباس، الرقابة الإدارية في منظمات الأعمال، ط1، عمان: إثراء للنشر والتوزيع، 2008، ص25.

<sup>3</sup> زاهد محمد الديري، الرقابة الإدارية، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2011، ص39.

ث- تحليل أسباب الانحراف.

ج- تصحيح الاختلافات بين النتائج المحققة فعلا والنتائج المتوقعة حسب الخطة. وفي الأخير ومن خلال ما تقدم يمكن صياغة العوامل المشتركة التي ضمتها الاتجاهات الثلاثة:

- الرقابة تسعى إلى قياس الأداء وفقا لمعايير محددة سلفا لضمان سيرها نحو تحقيق الأهداف.
- الرقابة تمكن من متابعة تنفيذ الخطط لمعرفة مدى تحقق الأهداف المقررة.
- الرقابة تساعد على اكتشاف الأخطاء و الانحرافات وتسعى إلى تصحيحها وتقاديها مستقبلا.

## 2- أهمية الرقابة التنظيمية:

تعتبر الرقابة حجر الزاوية في الأداء وذلك لأنها تعمل على إظهار نقاط الانحراف في التنظيم على مستوياته المختلفة، بما يساهم في سرعة تصحيحها.

ويرى البعض من الباحثين في مجال الإدارة بأن الرقابة تهدف إلى التفتيش وتخويف الأفراد والعاملين حتى يستسلموا للأوامر والتعليمات التي تقررها السلطات العليا؛ وهذه الفكرة منطلقة من كون الأفراد يتصفون بالكسل والخمول ولا يرغبون في العمل وأنهم يعملون تجنباً للعقاب وهذا الإتجاه الذي رأته نظرية ( X ).

وفي المقابل يرى البعض أن العملية الرقابية لها الأثر الفعّال في التأثير على سلوكيات الأفراد في المنظمة تأثير إيجابيا من أجل تحقيق الأهداف المرجوة بإعتبار أن الإنسان بطبيعته متحمل للمسؤولية وله رغبة في العمل، وأن وظيفة الرقابة هنا فقط لشحذ الهمم وتشجيع الكفاءات والعمل على تحقيق الأهداف، وهذا الإتجاه يعرف بنظرية ( Y )<sup>1</sup>.

وفيما يلي نلخص أهم ما أشار إليه المؤلفون والعلماء في التراث الفكر الإداري حول أهمية العملية الرقابية في المنظمة:

- ☐ تتميط الأداء: وبالتالي زيادة كفاءة المنظمة وتقليل العقبات.
- ☐ المحافظة على موجودات المنظمة: تقليل الخسائر الناتجة عن السرقات والهدر وسوء الإستخدام في منظمات اليوم.

1 - زاهد محمد الديري، مرجع سابق، ص 38.

☐ قياس الأداء أثناء العمل: فالرقابة تتضمن قياس أداء الأفراد والجماعات لأنها تشكل في مجموعها أداء المنظمة، وهنا لا بد من وضع أساليب لقياس هذا الأداء.

☐ يمكن أن تكون للرقابة تأثير إيجابي على دافعية العمال: برامج الحوافز، تقاسم الأرباح منح الجوائز والتقدير أساليب تستخدم لربط الحوافز المالية بالأداء وتقدير الفرد، وهذا الربط يزيد من دافعية العمال.

بالإضافة إلى النقاط التالية التي توحى بمدى أهمية الرقابة في المنظمة:

- تساعد على تقويم الأداء الكلي لجوانب النشاط في المنظمة وأجزائها المتعددة.
- إكتشاف الأخطاء بمجرد وقوعها والإسراع في معالجتها في الوقت المناسب.
- التأكد من أنّ العمل يتم بالشكل الصحيح و أنّ القوانين مطبقة بغير إخلال.
- التأكد من قيام العمال بالعمل المناسب في الوقت المناسب والمكان المناسب وإستخدام الموارد المناسبة.
- تعطي المنظمة خبرة الإستفادة من أخطاء الماضي والحاضر وبالتالي الإحتياط في المستقبل.
- في غياب الرقابة نجد أنّ الفوضى تسود العمل في المؤسسة حيث يسمح للفرد أن يعمل بشكل سيء.

### 3-مراحل وأنواع الرقابة الإدارية:

#### 3-1- مراحل الرقابة الإدارية:

يلاحظ من التعاريف السابقة، أنّ الرقابة التنظيمية تتضمن وجود أهداف محددة حتى تكون وسيلة يستطيع بواسطتها المدير ( المسؤول ) أن يتأكد من أنّ مرؤوسيه قد أنجزوا أعمالهم بالشكل المطلوب، فقد أشارت أحد التعاريف بأنّ الرقابة التنظيمية " الفعل أو العمل الموجّه المحدّد بمعايير وخطوات نحو جعل العمليات التشغيلية والإدارية وأجهزتها متطابقة مع المقاييس والغايات المحدّدة مسبقاً ومخططة لتحقيق الأهداف والوصول إلى النتائج المرجوة." كل ذلك بهدف معرفة الانحرافات والأخطاء ومسبباتها، ونتائجها على النشاط العام للمؤسسة بغية تصحيحها بالطرق والوقت الملائمين.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> موسى خليل ، الإدارة المعاصرة ( المبادئ، الوظائف، الممارسة)، ط1، بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2005، ص183.

ومما تقدم يتضح أنّ الرقابة التنظيمية تتم عبر مراحل، وخطوات، وحلقات أساسية متصلة ومترابطة مع بعضها البعض، لا يمكن الاستغناء عن أي جزء منها، وتعتبر ضرورية ومهمة في كل انواع المنظمات، سواء كانت هذه المنظمات صناعية أو خدماتية...وسواء أكانت منظمات كبيرة أو صغيرة، عامّة أو خاصّة...

وبشكل عام فإنّ العمليّة الرقابية تحتوي ثلاثة مراحل متسلسلة:

1-تحديد الأهداف ووضع المعايير والمقاييس لها.

2-قياس وتقييم الاداء الفعلي.

3-اتخاذ الإجراءات التصحيحية.

**المرحلة الأولى: تحديد الأهداف ووضع المعايير:**

☞ **تحديد الأهداف:** ممّا لاشك فيه أنّ " كل منظمة تسعى إلى تحقيق اهداف محددة والتي يتم بموجبها توجيه نظام الإدارة نحوها، وتكمن أهمية الاهداف التنظيمية كونها تقدم للمديرين والعاملين بالمنظمة العديد من الإرشادات مثل إتخاذ القرارات والكفاءة التنظيمية، والمساعدة في تقييم الاداء ،على أنّه يجب الإشارة إلى أنّ تحديد الأهداف هو الأساس لموضوع وضع وتحديد المعايير أو المقاييس حيث ذكر "بيتر دركر" أنّ للأهداف أهمية كبيرة في كل الحالات التي يكون فيها للأداء والنتائج تأثيرا على بقاء وازدهار المنظمة، واقترح دركر مجالات رئيسية عند تحديد الأهداف على شكل أداء وهي:

1-الوضع في السوق أو المركز السوقي.

2-الابتكار أو الإبداع.

3-الموارد المادية والمالية.

4-الإنتاجية.

5-المقدرة على الربح.

6-أداء المدير وتنميته.

7-أداء الأفراد وميولهم.

8-المسؤولية العامة.

☞ **وضع وتحديد المعايير ( المقاييس):** تشكل المعايير وسيلة القياس التي تعتمد عليها الإدارة للحكم على النتائج الفعلية. وعرفها تايلور " بأنها كمية الإنتاج المعقولة التي يمكن أن نتوقع

انجازها في فترة زمنية من عامل طبقا لنظم معيارية محددة<sup>1</sup> أي أنها الوسيلة التي يتم بمقتضاه مقارنة شيء بشيء آخر، وهذا لمعرفة مدى كفاءة تحقيق الأهداف الموضوعية أو المخطط لها سلفا بمعنى مقارنة النتائج المحققة بالأهداف الموضوعية، ومن بين الطرق التي تستخدم في تصنيف أنواع المعايير وتحديدها تتمثل في وضع معايير لكل مجموعة من المجالات الرئيسية وتستخدم شركة جنرال موتورز في الولايات المتحدة الأمريكية هذه الطريقة وتضع معايير لكل واحدة من المجالات الثمانية التالية 2:1- الانتاجية. 2- إتجاهات الموظفين. 3- وضع الشركة. 4- الربحية. 5- جودة المنتج. 6- المسؤولية الاجتماعية. 7- تطوير الأفراد وتأهيلهم. 8- التوازن بين الأهداف القصيرة الاجل والأهداف طويلة الأجل . وبشكل عام تستخدم المعايير والمقاييس في 3:

• كمية العمل المطلوب إنجازه.

• مستوى نوعي.

• الزمن اللازم لأدائه.

ومما تجدر الإشارة إليه عند وضع المعايير والمقاييس يستلزم مراعاة عدد من الأمور منها على سبيل المثال 4: 1- الموضوعية. 2- الواقعية. 3- تجانس المقاييس مع طبيعة العمل. 4- الوضوح. 5- المرونة. 6- الملائمة. 7- قابلية القياس. وبالإجمال هناك شبه إتفاق بين كتاب الفكر الإداري على مجموعة من الشروط لوضع المعايير المطلوبة في الأعمال ومن هذه الشروط:

1- تحديد كمية ونوع العمل بشكل يمكن وضع معيار مناسب له.

2- درجة تشابه وحدات العمل يجب أن تكون كبيرة ومتماثلة أي أن الفرد يقوم بأعمال متشابهة أو متماثلة.

3- يفضل أن يكون هناك أنسياب واستمرار للعمل ليكون صالحا لذلك.

4- أن تتناسب المعايير مع الجهد المبذول سواء اليدوي أو الجسمي.

**المرحلة الثانية : قياس الأداء :** بعد الإنتهاء من وضع المعايير المناسبة فإن الخطوة الثانية في العملية الرقابية قياس الإنجازات الفعلية ومقارنتها مع المعايير التي تم تبنيها وإعتمادها

<sup>1</sup> محمد عبد الفتاح ياغي، الرقابة في الإدارة العامة، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2011، ص50.

<sup>2</sup> علي عباس، الرقابة الإدارية في منظمات الأعمال، ط1، عمان: اثراء للنشر والتوزيع، 2008، ص45.

<sup>3</sup> زاهد عبدالرحيم عاطف، الرقابة على الأعمال الإدارية، عمان: دار الرابحة للنشر والتوزيع، 2009، ص40.

<sup>4</sup> حسين أحمدالطروانة، توفيق صالح عبد الهادي، الرقابة الإدارية، ط1، عمان: دار حامد للنشر والتوزيع، 2011، ص50.

وذلك لمعرفة مقدار الانحرافات والإختلالات في تنفيذ المهام كما كان مخططا لها في مستوى الأداء للأفراد أو الإدارات المختلفة بمعنى مقارنة النتائج المحققة بالمعدلات الموضوعة سلفاً فهو تقييم الانجاز الذي يتم عن طريق وسائل متنوعة منه التقارير والشكاوي والتفتيش.

تبرز أهمية المقارنة بين الأداء الفعلي والاداء المتوقع للكشف عن الانحرافات كما اسلفنا إلا أنه يجدر بنا أن ننوه أن هناك مجالات معينة يتطلب الامر فيها تمام المطابقة بين الاداء والمعايير الرقابية المقررة.1

**المرحلة الثالثة: تصحيح الانحرافات:** تعتبر عملية تصحيح الاخطاء والانحرافات ما بين النتائج الفعلية والنتائج المطلوبة المرحلة الأخيرة للعملية الرقابية، فعملية تصحيح الأخطاء والانحرافات هي وظيفة الرقابة الأساسية، حيث أن الإجراءات المتخذة ماهي إلا نتيجة للقرارات التي يتخذها المسؤول بناء على التقارير الرقابية التي ترد عليه من جهات مختلفة ومن ثم يبدأ بعملية تحليل وتحديد اسباب الانحرافات ودراسة الطرق المناسبة لتصحيح هذه الانحرافات، لأنّ الهدف هو التصحيح وليس تصيد الاخطاء، لأنّ ظهور الانحرافات شيء طبيعي ومسألة واردة تنشأ لأي ظرف ما سواء كان من طبيعة العمل أو العامل أو التشريعات أو البيئة، وعليه فإنّ تصحيح الانحرافات يتضمن عناصر منها:2

- 1- تحليل الانحرافات وتحديد أسبابها.
- 2- تحديد مجالات الانحرافات بالضبط.
- 3- معرفة العوامل التي أدت إلى انحرافات.
- 4- معرفة الظروف البيئية للانحرافات.
- 5- تحديد جهة المسؤولين عن الانحرافات.
- 6- تهيئة الظروف والمناخ الملائم للتصحيح.
- 7- إجراء التعديلات اللازمة للأهداف إن تطلب الأمر.

ولضمان الفاعلية القصوى للعملية الرقابية يمكن استخدام الوسائل التالية:3

1 محمد عبدالفتاح ياغي، مرجع سابق، ص53.  
 2 كامل محمد المغربي، الإدارة، ط1، عمان: دار الفكر، 2007، ص288.  
 3 محمد عبدالفتاح ياغي، مرجع سابق، ص57.

- ✓ تعديل ظروف العمل، كلما زاد تغيير ظروف العمل كلما انحرفت النتائج الفعلية عن مسارها الطبيعي.
- ✓ تحسين ظروف اختيار العمال وطرق تدريبهم وتوجيههم.
- ✓ تعديل الخطط عند الحاجة، فالخطط ليست بالقانون المقدس الذي يحذر تعديله، وإنما هي نتيجة لاجتهادات شخصية.
- ✓ تحسين وسائل الحفز.
- ✓ مناقشة العمل موضوع الرقابة مع الاطراف المعنية بالتنفيذ لكي يبدو آرائهم في الجوانب المختلفة والمتعلقة بأداء هذا العمل حتى إذا ما أدركوا أنّ نظام الرقابة ما هو إلا اداة لقياس تقدمهم وتحسين مستويات ادائهم. لأصبحوا أكثر ميلا الى تقبل هذا النظام ومراعاته.

### 3-2- انواع الرقابة: تنقسم الرقابة إلى عدة انواع نوجزها فيما يلي:

الرقابة من حيث توقيت حدوثها: ويعتمد هذا النوع من الرقابة على أساس المعيار الزمني والذي ينقسم بدوره الى نوعين:

1- الرقابة الوقائية: يعمل هذا النوع من الرقابة على اساس التنبؤ أو توقع الخطأ واكتشافه قبل حدوثه، ويرشد هذا النوع من الرقابة الى ضرورة يقظة وتفطن المسؤول عن الرقابة بالكشف عن الخطأ قبل حدوثه وعليه ان يوجه ويشرف ويتابع سير العمل بصورة مستمرة.

2- الرقابة المتزامنة: يقوم المسؤول عن الرقابة بمتابعة سير العمل أولا بأول، أي منذ البداية وحتى النهاية، فتفتيش الاداء الحالي وتقييمه بمقارنته مع المعايير الموضوعية لاكتشاف الانحراف أو الخطأ لحظة وقوعه والعمل على تصحيحه فورا دون انتظار.

الرقابة من حيث مستوياتها الإدارية: تصنف الرقابة وفق هذا المعيار ضمن ثلاثة انواع:

1- الرقابة على مستوى الفرد: يعمل هذا النوع من الرقابة على تقييم أداء العاملين ومعرفة مستوى ادائهم ومعرفة مستوى كفاءتهم في العمل وسلوكهم وذلك بمقارنة أدائهم مع معايير معدة خصيصا لهذا الغرض.

2- الرقابة على مستوى الوحدة الادارية: يهدف هذا النوع من الرقابة إلى قياس وتقييم الانجاز الفعلي لإدارة أو وحدة أو قسم لمعرفة مدى كفاءة أدائها لمهامها وتحقيق الاهداف المطلوبة.

3- الرقابة على مستوى المؤسسة ككل: وهو المستوى الثالث للرقابة في المؤسسات والغرض منه تقييم الاداء الكلي فيها، ومعرفة مدى كفاءتها في تحقيق اهداف المؤسسة.

**الرقابة من حيث مصدرها:** تقسم الرقابة وفق هذا المعيار الى رقابة خارجية وداخلية.

1- الرقابة الداخلية : وهي الرقابة التي تتم داخل المؤسسة وعلى كافة المستويات الادارية، والأفراد العاملين فيه على اختلاف وظائفهم ومواقعهم في التنظيم، والتي يقوم بها مدير المؤسسة أو الرئيس المباشر للعامل...أو المسؤول عن الرقابة.

2- الرقابة الخارجية: وهي الرقابة التي تتم من خارج المؤسسة وتقوم لها أجهزة رقابية متخصصة، وتكون تبيعتها في الغالب إلى الدولة كالرقابة القضائية، والتشريعية ورقابة أجهزة الدولة، حيث تسند وظيفة الرقابة إلى لجان إدارية أو مجلس رقابي متخصص يشكل من ذوي الاختصاص والدراية والخبرة في مجال التفتيش والفن الرقابي.

**الرقابة من حيث نوعية الانحراف:** هناك نوعان متميزان من الرقابة التي تتم وفق هذا المعيار.

1- الرقابة السلسلة: ويقصد بها الكشف عن الاخطاء والانحرافات السلبية والكشف عن أسبابها وتصحيحها ومنع تكرارها مستقبلا.

2- الرقابة الإيجابية: تهدف الرقابة الإيجابية إلى التأكد من أنّ التصرفات والاجراءات تسير و اللوائح والانظمة والتعليمات المعمول بها في المنظمة بما يكفل تحقيق الاهداف ومن ثم تدعيمها والاستفادة منها مستقبلا.

3- الرقابة من حيث تنظيمها: تصنف الرقابة وفق هذا المعيار إلى ثلاثة انواع:

أ- رقابة مفاجئة : وهذا النوع من الرقابة يعتمد على عنصر المفاجئة ودون سابق انذار من أجل مراقبة سير العمل للكشف عن واقع أداء العامل والمؤسسة.

ب- الرقابة الدورية: وهي التي تنفذ كل فترة زمنية أي حسب جدول زمني منظم.



ت- الرقابة المستمرة: وتتم عن طريق المتابعة والاشراف والتقييم المستمر لأداء العمل.

**الرقابة حسب نوع وسائل جمع الحقائق:** ونصنف الرقابة وفق هذا المعيار إلى نوعين:

1- الرقابة على الوثائق والمستندات والسجلات: مراقبة وفحص المستندات والتثبت من صحتها وتحركها وفق للإجراءات المرسومة وسلامة بيانها.

2- الرقابة على سلوك العاملين وادائهم: يعتمد في هذا النوع على الملاحظة الشخصية لسلوك العاملين وادائهم.

4- **خصائص النظام الرقابي الفعال:** يكاد يتفق اغلب رواد الفكر الإداري الحديث على هذه الجملة من الخصائص للنظام الرقابي الفعال<sup>1</sup>:

- **الدقة:** يولد النظام الرقابي الفعال معلومات وبيانات دقيقة عن مجريات الاحداث من واقع المنظومة الشيء الذي يسمح بتجديد مشاكل الأداء وبالتالي اتخاذ الاجراءات اللازمة وفقا للبيانات والتحليل الواردة عن الخطأ.
- **التوقيت المناسب :** يسمح بنقل المعلومات الدقيقة اثناء حدوثها لإصحاب القرار التدخل في حينها وإلا فلا جدوى ترجى من معلومة مهما كانت دقتها وجاءت متأخرة.
- **تحقيق الأهداف على مستوى عال من الفاعلية والكفاية والعلاقات الانسانية السليمة:** يجب أن يراعى في نظم الرقابة الدوافع والسلوكيات والجوانب الإنسانية لدى العاملين عند إختيار وسائل القياس ومعايير تقويم الأداء والانجاز، فلا يكون الهدف من عملية الرقابة تصيد الأخطاء وعقاب المقصرين، وإنما اكتشاف الأخطاء أو الانحرافات والبحث عن اسبابها وتصحيحها، والعمل على تجنب وقوعها مستقبلا وتوجيه العاملين إلى أفضل الطرق لأداء الأعمال وتقدير المجدين منهم ومكافأتهم على ذلك ولا بد أن نشير إلى أن العملية الرقابة عملية منفرة باعتبارها صورة من الضغط والتفتيش.
- **معايير موضوعية:** بحيث تكون وسائل القياس ومعايير الانجاز موضوعية ومعلنة لجميع العاملين في الجهاز من رؤساء ومرؤوسين.

1 - انظر: طارق طه، السلوك التنظيمي في بيئة العولمة والانترنت، القاهرة: دار الفكر الجامعي، 2008، ص- ص 392- 394.

- القابلية للفهم: كل المعايير أو التعاليم أو التقارير لابد أن تكون بسيطة وواضحة خالية من الغموض أو الالتباس وإن استدعى الأمر الاعتماد على الشرح والتدريب.
- الاقتصاد: ينبغي أن تكون تكاليف النظام الرقابي معقولة وأن تكون موازنة بين الفائدة المرجوة من تطبيق هذا النظام وتكاليف استخدامه، فلا يمكن تقبل أن تكون تكاليفه ابهظ من فوائد تطبيقه.
- المرونة: لابد أن يتصف النظام الرقابي الفعّال بالمرونة، أي أنه يتيح إمكانية تعديل معاييره، وفقا للتطورات التي تستجد في المنظمة.
- التصرف التصحيحي: لا يكفي النظام الرقابي الفعّال بإظهار الانحرافات ذات الدلالة بين الأداء الفعلي والمعياري ( الأداء الصحيح ) بل تقترح آلية التصرف التصحيحي الملائم لكل انحراف تم اكتشافه و هذا لا يتم إلا بمشاركة العمّال في الأقسام ذات العلاقة في تحليل ودراسة المشكلات والمعوقات وتجري أسبابها واقتراح الحلول الملائمة لمنع تكرار وقوعها مستقبلا.
- توافر القدرات والمعارف الإدارية والفنية للقائمين على أجهزة الرقابة: وذلك بإسناد اختصاصات ومهام الرقابة وتقويم الأداء إلى تشكيل تنظيمي توضح اختصاصاته وسلطاته ونوع العلاقات التي تربطه ببقية الأقسام التنظيمية الأخرى في المنظمة، وأن يتبع هذا التشكيل التنظيمي لأعلى سلطة في المنظمة ضمانا للحياد والموضوعية.
- إستمرارية الرقابة: يشير هذا المبدأ على ضرورة إحكام الرقابة حال البدء بتنفيذ الوظائف أو المهام وإستمرارها لحين الإنتهاء من تنفيذ كما يجب أن تستمر العملية الرقابية وألا تكون كنبضات منفصلة على فترات متباعدة بل يجب دوريتها وإستمرارها حيث تكون:1:

- قبل التنفيذ ( إعداد نظام رقابي وتجهيزه ).
- أثناء التجهيز ( لتحديد الإنحراف وتصحيحه ).
- بعد التنفيذ ( لتقييم النتائج وتصحيحها في المستقبل ).

رابعاً: **الثقافة التنظيمية الداعمة لثقافة الجودة:** تعتبر الثقافة التنظيمية بمثابة المحور الذي من خلاله تبني المؤسسة نفسها، وتسعى لإيجاد مكانة لها، وتحقق ميزة تنافسية؛ فهذا يتطلب محاولات عديدة لتأسيس نموذج ثقافي مميز.

### 1- مفهوم الثقافة التنظيمية:

تتعدد التعريفات لمفهوم الثقافة التنظيمية لتشمل في مجملها منظومة القيم الأساسية التي تتبناها المؤسسة، والفلسفة التي تحكم سياستها تجاه الموظفين والعملاء، والطريقة التي يتم بها إنجاز المهام والافتراضات والمعتقدات التي يشارك فيها أعضاء التنظيم. وهي كلمة مركبة من شقين: ثقافة / تنظيم.

فالثقافة استعملت بطرق مختلفة سواء من جانب علماء الاجتماع أو في الأحاديث اليومية وفي جميع الطرق التي استعملت فيها الثقافة تلميحا أو تصريحاً جرى التعامل معها كشيء مغاير للطبيعة فالأشياء التي يضعها الإنسان ويمارسها هي معطيات ثقافية بينما الأشياء التي توجد أو تحدث بدون الإنسان تعتبر جزء من عالم الطبيعة، فالثقافة بهذا المعنى هي دائماً رمزية تكتب بالتعلم وتشكل مظاهر للمجتمع الإنساني<sup>1</sup>.

ونكتفي بتقديم تعريف العالم الأنثروبولوجي إدوارد تايلور وهو التعريف الأكثر شيوعاً وذيوعاً " بأنها ذلك الكل المعقد الذي يحتوي على المعرفة والمعتقدات والفن والأخلاقيات والقانون والعادات وغير ذلك من القدرات والسلوك الشائع الاستخدام الذي يكتسبه الإنسان كعنصر في المجتمع."<sup>2</sup>

أما جذر التنظيم<sup>3</sup> فيعني الانتظام أي الاتساق، فتنظيم الأشياء يعني تنسيقها وإخراجها من فوضويتها وارتباكها و إضفاء الطابع العقلاني عليها وجعلها أكثر عقلانية، الأمر الذي يعني أنّ التنظيم يشير إلى نوع من النظام والتعاون والتراتب في إنجاز الأعمال، أي التعاون والتراتبية لتحقيق هدف يشكل القاعدة لأي عمل مشترك، ومن أحد شروط بقاء التنظيم وكذلك فعاليته، قدرته على تحفيز المشاركين فيه؛ وفي أدبيات علم الاجتماع يشير مفهوم التنظيم إلى معنيين:

1 - هارلميس وهولبورن، سوسيولوجية الثقافة والهوية، تر (حاتم حميد محسن)، ط1، دمشق: دار كيوان للطباعة والنشر والتوزيع، 2010، ص7.

2- حسين عبدالحميد احمد رشوان، الثقافة دراسة في علم الاجتماع الثقافية، مصر: مؤسسة الجامعة للنشر والتوزيع، 2006، ص6.

3- محمد بومخلوف، التوطن الصناعي وقضايا المعاصرة ( الفكرية والتنظيمية والعمرانية والتنموية ) التنظيم الصناعي والبيئة، ط1، الجزائر: شركة دار الأمة، 2001، ص 16.

**المعنى الأول:** يشير إلى تلك المجموعات أو الوحدات الاجتماعية العملية مثل: المستشفيات والمدارس والمصانع والنقابات العمالية، والجمعيات المختلفة التي تسعى إلى تحقيق أهداف محددة حسب طبيعة نشاط التنظيم - صناعي، خدماتي -

**المعنى الثاني:** يشير إلى بعض السلوكيات والعمليات الاجتماعية، أي يشير إلى الفعل المنظم للنشاطات المختلفة، مثل ترتيب الوسائل، والتحكم فيها من أجل تحقيق أهداف جماعية ( إنتاج -توزيع -تكوين ...)، وتحقيق الاندماج لمختلف الأعضاء داخل وحدة منسجمة.

لقد لفت انتباهنا في تقديمنا لمفهوم الثقافة تعدد وجهات النظر في تحديد مفهومها بدقة الأمر الذي انعكس في تحديد مفهوم الثقافة التنظيمية، فهناك على المستوى اللغوي ثلاث تقسيمات على الأقل لهذا المفهوم؛ فتستعمل تارة الثقافة في المؤسسة La culture dans l'entreprise. وتارة أخرى ثقافة المؤسسة La culture d'entreprise ومرة ثالثة ثقافات المؤسسات Les cultures d'entreprise<sup>1</sup>.

هذا التعدد لا يعني عدم الاتفاق أو نفي الوجود وإنما يرى فيه أن الثقافة موجودة ولكن هناك من ينسبها إلى الفاعلين داخل التنظيم، وهناك من ينسبها إلى المجتمع وهناك من يرى بتعدد الثقافات داخل التنظيم الواحد، للخروج من هذا المأزق المفاهيمي جاء في تعريف **Shein** " مجموعة المبادئ الأساسية التي اخترعها أو اكتشفها أو طورتها المنظمات اثناء حل مشكلاتها للتكيف الخارجي والاندماج الداخلي والتي اثبتت فعاليتها ومن ثم تعليمها للأعضاء الجدد كأحسن طريقة للشعور بالمشكلات وإدراكها وفهمها " حيث يقصد بالمبادئ الأساسية:

- ✓ إحترام المحيط الطبيعي والتفتح على الخارجي.
- ✓ القيم التي تساعد على التكيف الداخلي كمبدأ الاستماع للغير وإحترام القواعد.

1 - بشير محمد، الثقافة والتسيير في الجزائر ( بحث في تفاعل الثقافة التقليدية والثقافة الصناعية )، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية ، 2007، ص6.

- بوالشرس كمال، الثقافة التنظيمية والاداء في العلوم السلوكية والادارية، ط1، عمان: دار الايام، 2014، ص10. 2

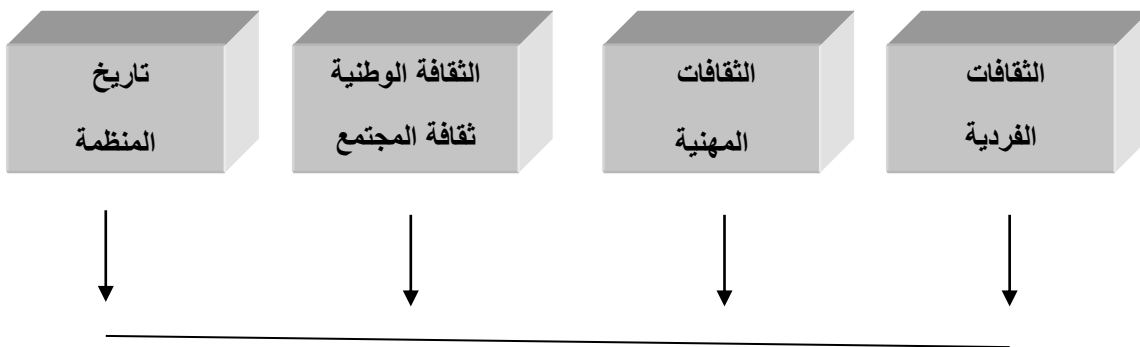
ويشير **Shein** في هذا التعريف بأنّ المشكلات التي تواجه المنظمة يتم حلّها بواسطة الثقافة باعتبارها هيكل لحل المشكلات من خلال آليات التكيف.

ويعرفها **نلسون وكويك** " أنّ الثقافة التنظيمية التي يعتنقها الأفراد في المنظمات لها تأثير قويا ومباشرا على سلوكهم و ادائهم لأعمالهم وعلاقاتهم برؤسائهم ومرؤوسيههم وزملائهم والمتعاملون معهم وتعكس هذه القيم والمعتقدات درجة التماسك والتكامل بين اعضاء المنظمة كأنّها نظام رقابة داخلي يدق الأجراس عندما يخرج السلوك عن الحدود التي رسمت له ومن ثم فإنّ هذه القيم تعبر عن قدرة المنظمة على ايجاد قيم اساسية يمكن أن تتحرك حولها. " يشير **نلسون وكويك** الى أنّ الثقافة التنظيمية تلعب دور المؤثر المباشر على سلوك العاملين فتقوم بـ:

- كضابط أو منظم سلوك الأفراد في المنظمة.
- مراقبة سلوك الأفراد، وأن يخضعوا لثقافة المنظمة إذا ارادوا تجنب العضوية.
- تحرك وتدفع العاملين للإجتهاد في العمل.

ويعرف كل من **Jeune lagatte ,Jaque muller** <sup>1</sup> " الثقافة التنظيمية على أنّها تتكون من مجموعة من مفاهيم المديرين، إتجاهاتهم ( المعتقدات ) والقيم الاجتماعية الموجودة لدى افراد المنظمة، ويمكن لكل ثقافة المنظمة أن تفصل على المحور الأفقي:

الشكل رقم (06) يوضح تشكل الثقافة التنظيمية.



### الثقافة التنظيمية

المصدر: بوالشرس كمال، مرجع سابق، ص 12.

- بو الشرس كمال، مرجع سابق، ص12. <sup>1</sup>

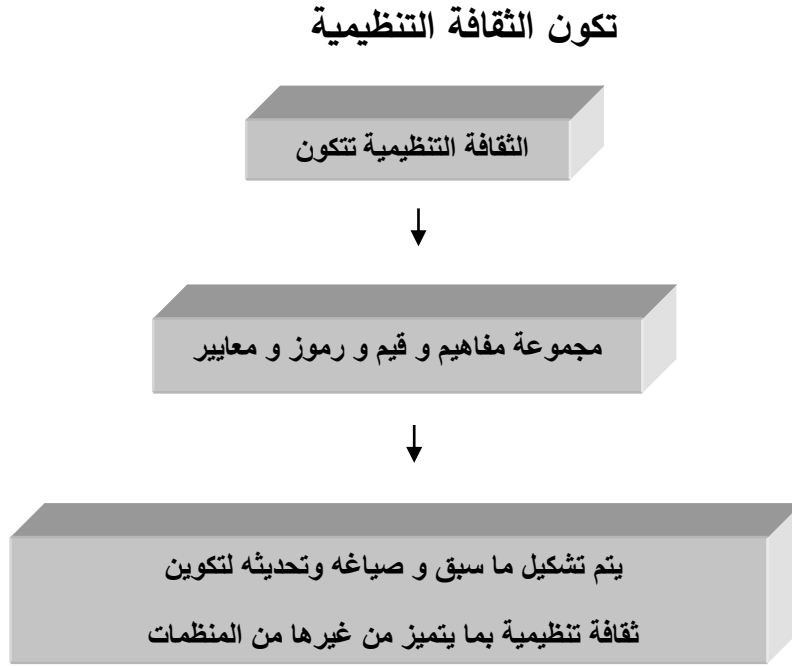
- الثقافة الوطنية: بما فيها الثقافة الجهوية، لكل بلد ثقافة خاصة به والتقارب بين الدول جد مهم.

- تاريخ المنظمة: لكل منظمة تجربة ثقافية خاصة بها، تاريخ المؤسسة يجعل اظهارها للواجهة الاحداث الكبيرة من اجل تحفيز العمال في الحاضر.
- الثقافة المهنية: لكل مهنة تركيب على أساس القيم الموجودة حولها.
- الثقافات الفردية: لكل فرد هو وحيد.

وفي الأخير جاء للأستاذ محمد المهدي بن عيسى تعريفا لميشال كروزي<sup>1</sup> " أن الثقافة التنظيمية تكمن في قدرة المنظمة على إنتاج مجموعة بشرية بما تحمله من علاقات تبعية وقيادة وعلاقات غير متساوية تكون مقبولة من طرف جميع اعضائها بحيث يستطيعون تحقيق الهدف المشترك من جهة وإعادة إنتاج هذه المجموعة من جهة ثانية أي أن الثقافة بهذا المعنى تسمح للفريق أو المجموعة أن تتشكل أو تتكون بصفاتها كذلك، وذلك بواسطة إنتاج أدوات وطرق الدمج والانتماء لهذه المجموعة أولا وإنتاج الحلول التي تمكنهم من تعبئة قدراتهم ومعارفهم وتوحيد مصالحهم حتى المتضاربة منها من أجل إستمرار هذه المجموعة وبقائها ثانيا. " وملخص تعريف م. كروزي أن المنظمة هي من ينتج ثقافة المؤسسة ويُنتج أفرادا يحملون معتقدات وقيم هذه المنظمة، هؤلاء الأفراد بدورهم يورثونها للأجيال القادمة والفئات المنتسبة حديثا للمنظمة لتصبح هي الصفة المميزة للمنظمة. وبالتالي فتقافة المنظمة هي جزء لا يتجزأ من المحيط الداخلي للمنظمة، فهي تعبر عن مبادئ وقيم الأعضاء وأساليب العمل والنشاطات الخاصة التي تستخدمها وتتفرد بها وتتميز عن غيرها من المنظمات.

2- محمد المهدي بن عيسى، علم الاجتماع التنظيم من سوسيولوجيا العمل الى سوسيولوجية المؤسسة، ط1، الجزائر: اميابلاست للنشر والتوزيع، 2010، ص106.

الشكل قم (07) يوضح تكون الثقافة التنظيمية داخل المنظمة



تنعكس الثقافة التنظيمية

علي منهج التفكير و أسلوب التصرف

المصدر: بوالشرس كمال، مرجع سابق، ص19.

**2- أهمية الثقافة التنظيمية:** تكتسي الثقافة التنظيمية أهمية كبرى في صناعة نجاح أو فشل المنظمات، لما لها من تأثير مباشر على أداء الموارد البشرية فكلما كانت الثقافة التنظيمية قوية كلما أدى ذلك إلى رضا العميل ( الداخلي والخارجي ) وبالتالي الحفاظ على ديمومة المنظمة ورسم خط لها في التميز والتألق والعكس صحيح، ففي الثمانينات تفوقت شركة تويوتا **TOTOTA** اليابانية لإنتاج السيارات على غريمته جنيرال موترز الأمريكية في الأسواق وأصبحت لها الريادة، وبعد البحث في أسباب النجاح والتفوق، وُجد أنّ السبب الرئيسي والمباشر يعود إلى الثقافة التنظيمية، الشيء الذي دعا الشركة الأمريكية بإستعارة ثقافة **TOTOTA** من خلال إبرام عقد شراكة بينهما. وأنتجا سيارة تويوتا كورولا. والأمثلة كثيرة عن تفوق كثير من الشركات العالمية بسبب قوة تأثير الثقافة التنظيمية؛ فقد جاء في كتاب **Petrs et Waterman** الأكثر مبيعا في العالم الموسوم بـ " البحث عن التميز " أنّه وبدون استثناء فإنّ هيمنة وسيادة وتماسك الثقافة في المنظمات الأكثر نجاحا في الولايات

- المتحدة الأمريكية أثبتت بأنها الجودة الأساسية للنجاح " والعكس هناك من المنظمات انهارت بسبب ضعف الثقافة التنظيمية، لسان حال المنظمات الصناعية في الجزائر بعد جلب نظام المصنع<sup>1</sup>. وعموما تتجلى أهمية الثقافة التنظيمية في النقاط التالية:
- تعتبر بمثابة دليل للإدارة والعاملين وتشكل لهم نماذج السلوك والعلاقات التي يجب اتباعها والاسترشاد بها.
  - هي إطار فكري يوجه أعضاء المنظمة الواحدة وينظم أعمالهم وعلاقاتهم وانجازاتهم وتجدد لهم السلوك التنظيمي المتوقع منهم - اللباس، طريقة الكلام مستوى الاداء.
  - تعبر الثقافة من ملامح المميّزة للمنظمة عن غيرها من المنظمات، وهي كذلك مصدر فخر واعتزاز وخاصة إذا كنت ناجحة.
  - الثقافة القوية تسهل مهمة القيادة الإدارية ولتشكل لهم دعامة لتحقيق الاهداف التنظيمية.
  - تعتبر عاملا هاما في جذب العاملين الملائمين، فالمنظمات الرائدة تجذب العاملين الطموحين، فالمنظمات التي تكافئ التميز والتطوير ينضم إليها العاملون المجتهدون.
  - تعتبر الثقافة عنصرا جديرا يؤثر على قابلية المنظمة للتغير وقدرتها على مواكبة التطورات الجارية من حولها، فكلما كانت قيم المنظمة مرنة وملتزمة للأفضل، كانت المنظمة أقدر على التغير و مواكبة الركب.
  - تحتاج ثقافة المنظمة كأى عنصر آخر في حياة المنظمات إلى مجهودات واعية تغذيها وتقويها وتحافظ على استقرارها النسبي ورسوخها في أذهان العاملين وضمائهم وأتباعهم لتعليماتها في سلوكهم وعلاقاتهم.
  - وفي الأخير يشير جاد الرب على أنّ الثقافة التنظيمية تُبنى وتُشيد وتتغير من أجل الأفراد داخل المنظمة ومن خلالهم، لذا فإنّ إهمالها في أي منظمة يعوق حركة تقدم تلك المنظمة ويؤثر على كفاءتها وعلى تحقيق أهدافها<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Voir - Daniel mercure et d'autres, **Culture et gestion en Algérie** harmahan , édition, Paris, France ,1997.

- سيد محمد جاد الرب، السلوك التنظيمي، مصر: مطبعة العشري، 2005، ص - ص 162 - 167.



**3- عناصر ومصادر الثقافة التنظيمية:**

**3-1- عناصر الثقافة التنظيمية:** لقد تعددت عناصر التي تم ذكرها في مختلف التعاريف ويعتبر تعريف كل من **Jeune lagatte, Jaque muller** نموذجا لذلك، فقد عرفا ثقافة المنظمة بأنها إتحاد بين الثقافات الفردية والثقافات المهنية وتاريخ المنظمة والثقافات الوطنية إذ تمثل القيم الركيزة الأساسية في أي ثقافة تنظيمية، وقد حدد الباحثون جملة من العناصر لتكوين ثقافة المنظمة:1:

➤ **القيم التنظيمية:** وهي كل ما يتعلق بالأفكار والمعتقدات الفلسفية التي يقتسمها الأفراد وتقود سلوكياتهم لتحقيق الانسجام الذي يعكس كفاءة المؤسسة التي من شأنها خلق قيمة أساسية تساهم في التعبئة على كافة المستويات ويعتبرها **Petr et Waterman** أساس النجاح الدائم والمستمر وتنقسم القيم إلى:

✓ **قيم الجوهرية:** وهي القيم الأساسية التي تبني عليها المؤسسة وهي التي تثبت وتوحد القيم والمعتقدات الأفراد حول أهداف المنظمة، مثل الجودة، الابداع التميز.

✓ **القيم تشغيلية:** وهي القيم المرتبطة بأداء المنظمة التي يتم تطويرها لتفعيل القيم الجوهرية وجعلها واقعا ملموسا، وكذا مواجهة التحديات البيئية الخارجية.

➤ **المعتقدات التنظيمية:** هي عبارة عن أفكار مشتركة حول طبيعة العمل والحياة الاجتماعية في بيئة العمل، وحول الكيفية التي تتم من خلالها إنجاز العمل والمهام التنظيمية، فهي وسيلة التي يسعى الأفراد من خلالها إلى إشباع القيم التنظيمية ويعتقدون أنها الأنسب والأفضل.

➤ **الأعراف والعادات:** هي عبارة عن المعايير يلتزم بها العاملون في المنظمة من منطلق أنها معايير مفيدة لهم وللمنظمة، ومن ذلك احترام السلم الإداري.

**3-2- مصادر الثقافة التنظيمية:** هناك الكثير من المصادر التي تستلهم المنظمة ثقافتها نذكر منها:

- زايد مراد، الإتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات (مدخل تسيير المؤسسات )، الجزائر: دار الخلدونية، 2012، ص230.

- ✓ الطقوس والاحتفالات: تقوم بعض المنظمات بإحياء بعض الحفلات كعيد العمال والاعياد الدينية، حيث يتم التقاء جميع العمال في جو بهيج، وهناك من المنظمات من تنظم إحتفالات لتكريم المجتهدين والمتقاعدين، إذ تعمل هذه الاحتفالات على التحفيز وزرع المحبة والمودة بين جميع فئات وشرائح المنظمة، للعمل كفريق واحد لتحقيق الأهداف.
- ✓ البطولات والرموز الإجتماعية: وتتمثل في قصص المجددين والمبدعين من ابناء المنظمة والذين ساهموا في انجاح المنظمة، وتؤخذ كقدوة ومثال يحتذى به في منظمات العمل الحديثة.
- ✓ الأساطير والإشاعات: وهي حكايات خرافية تستخدم كرموز إجتماعية فهي تعمل على ربط الإنسان بتراثه، وتقديم الدروس والعبر للإستفادة منها في مواجهة بعض المشكلات، ربما تستعمل الاساطير والإشاعات في بعض الحالات لإخفاء الحقائق...
- ✓ القصص والحكايات والنكت والطرائق والالعاب: تستخدم والقصص والحكايات لتعكس وسائل معينة مثال لتشجيع التطور من خلال قصص النجاح والتفوق لبعض المنظمات أمّا التنكيت واللعب في الغالب يُستعمل في التخفيف من ضغوط العمل كأساليب إنسانية لإذابة بعض الضغائن، وخلق جو من الثقة وتهدف إلى تعديل بعض الممارسات الإدارية أو السلوكية لبعض الأعضاء في المنظمة وتساعد في الإبداع والإبتكار.
- ✓ المؤسسون: إنّ ثقافة المنظمة هي من نتاج للأعضاء المؤسسين، حيث يلاحظ معتقدات وسلوكات المؤسسين تبقى قائمة حتى وإن غادروا المنظمة.
- ✓ سلوك قادة المنظمة: يتأثر ويقلد الموظفون سلوك القادة، كونها أحد الطرق المؤدية إلى الارتقاء الوظيفي، ويعتبر سلوك القادة من أهم العوامل المؤثرة في تشكيل الثقافة التنظيمية.
- ✓ تاريخ المنظمة: يلعب تاريخ المنظمة دورا هاما في تشكيل ثقافتها، ويتكون تاريخ المنظمة من التجارب التي مرت بها النجاحات المحققة، والإخفقات ويشكل هذا

الإرشيف مرجعا لأصحاب القرار، وكذلك الموظفين في المنظمة وإِتخاذ مرشد لتصرفاتهم.

✓ الرموز: كالشعارات التي تستخدمها المنظمة؛ لغة التواصل بين أعضاء التنظيم، هيئة لباس الموظفين، المباني...

**4- خصائص الثقافة التنظيمية:** تستخدم الثقافة التنظيمية خصائصها من خصائص الثقافة العامة في المجتمع من ناحية ومن خصائص المنظمات من ناحية أخرى ويمكن تحديد الخصائص فيما يلي<sup>1</sup>:

✓ الإنسانية: لها سمة الإنسانية فهي تتشكل من المعارف والحقائق والمدارك والمعاني والقيم التي يأتي بها الأفراد الى التنظيم، أو التي تتكون لديهم خلال تفاعلهم مع التنظيم.

✓ الاستمرارية: تتسم بخاصية الإستمرار، فالسمات الثقافية تحتفظ بكيانها لعدة أجيال وتصبح جزء من ميراث الجماعة.

✓ الإكتساب والتعلم: الثقافة يكتسبها الفرد عن طريق التفاعل والمحاكاة في البيت والمدرسة والشارع، ولكل مجتمع إنساني ثقافة خاصة به.

✓ التراكمية: يترتب على إستمرار الثقافة تراكم السمات الثقافية وتختلف تراكم العناصر الثقافية المادية عن المعنوية، فاللغة تتراكم بطريقة مختلفة عن تراكم التقنية، والقيم التنظيمية تتراكم بطريقة مختلفة عن تراكم ادوات الانتاج، وبمعنى أن الطبيعة التراكمية للثقافة التنظيمية تظهر بوضوح في العناصر المادية والسلوكية اكثر منها في العنصر المعنوية.

✓ الانتقائية: ادى تراكم الخبرات الانسانية وتزايد السمات الثقافية والعناصر المكونة لها بصورة كبيرة ومتنوعة؛ تعجز معها الاجيال البشرية عن الاحتفاظ بالثقافة في ذاكرتها كاملة، هذا فرض على كل جيل إنتقاء العناصر الثقافية بالقدر الذي يحقق حاجياته ويلبي متطلباته.

1 - المرجع السابق، ص 233.

✓ القابلية للانتشار: يتم انتقال العناصر الثقافية بطريقة واعية داخل الثقافة نفسها من جزء إلى أجزاء أخرى، ومن ثقافة مجتمع ألي ثقافة مجتمع آخر، ويتم الانتشار مباشرة عن طريق إحتكاك الافراد والجماعات ويكون الإنتشار سريعا وفاعلا عندما تحقق فائدة للمجتمع، وحينما تلقى قبولا واسعا من افراد المجتمع لقدرتها على حل بعض مشكلاتهم أو إشباع حاجاتهم.

✓ التغير: تتميز بخاصية التغير استجابة للأحداث التي تتعرض لها المجتمعات.

✓ التكاملية: تميل المكونات الثقافية إلى الاتحاد والالتحام لتشكل نسقا متوازنا ومتكاملا مع السمات الثقافية تحقق بنجاح عملية التكيف مع المتغيرات المختلفة التي تشهدها المجتمعات.

**خلاصة الفصل:**

ما نستخلصه مما تناولناه في هذا الفصل أنه من متطلبات صناعة وتحسين الأداء وكيفية تطويره وتقوية أثره على الأداء البشري، وهذا من منطلق أنّ الأداء يمثل الدافع الأساسي لوجود أي مؤسسة من عدمه، كما يعتبر العامل الأكثر إسهاما في تحقيق هدفها الرئيس ألا وهو البقاء والاستمرار؛ لذلك يسعى الكثير من ممارسي هذا المجال للبحث عن منظومة فكرية جديدة تقوم على أسس منهجية علمية عملية محددة تصب في نفس الاتجاه محققة في ذلك التغيير الإيجابي لمستويات الأداء البشري بالطرق المناسبة كحل مشكلات الأداء نهائيا بطرح نموذج حسب التاث الفكري الإداري أسميناه مربع تحسين وتجويد الأداء في المنظمة لصناعة التميز من خلال:

**أولا:** الحوافز: باعتبارها إحدى مقومات العمل في المنظمة والتي بدونها لا يمكن لأي منظمة أن تقوم بتحقيق كامل أهدافها، فالحوافز هي الطريقة التي من خلالها تعبر المنظمة للعامل عن مدى تقديرها لأدائه المتميز وعمله المتقن، وهي إحدى الطرق التي تساعد على تحقيق أهدافها (المنظمة)، وذلك بجانب توافر الإمكانيات المادية وخبرة العاملين.

**ثانيا:** التكوين: يوضع التكوين كأساس في استراتيجية تطوير المنظمة باعتباره المدخل الرئيسي والمباشر لنجاحه عملية تحسين وتنمية أداء الموارد البشرية؛ فيكون عائد على الفرد المتكون من خلال اكتسابه لمهارات إضافية، ومفاهيم وقواعد و اتجاهات جديدة ويعود كذلك على المنظمة من خلال تحسين نوعية الإنتاج وزيادته.

**ثالثا:** الرقابة التنظيمية: الرقابة التنظيمية ضرورة للقضاء على كثير من الأخطاء والانحرافات التي تعرقل السير الحسن للمؤسسة، وتعمل على تنميط أداء الموارد البشرية ضبط سلوكهم بما يخدم أهداف المنظمة؛ لذا فإنّ عملية الرقابة لا تقتصر على مجرد التأكد من سلامة التصرف في الأداء، بل يشمل الحرص على تقديم أفضل الخدمات في الوقت المحدد والسرعة المطلوبة.

**رابعا:** الثقافة التنظيمية: إنّ الثقافة التنظيمية وما تتضمنه من قيم ومعتقدات هي التي توجه سلوك الأفراد إلى ما يجب وما لا يجب عمله في بيئة العمل، فهي المحرك الأساسي

للطاقات والقدرات، فهي تؤثر بالدرجة الأولى على أداء الموارد البشرية وتحقيق إنتاجية مرتفعة من خلالهم، ذلك لأن كفاءة الأداء دالة في قيم ومعتقدات الأفراد في المنظمة، فإذا كان للمنظمة تشكيلة من المنتجات تمكنها من تحقيق مركز تنافسي معتبر، فلكذلك لها منتج ثقافي يؤثر على أفكار وسلوكيات الأفراد داخل المنظمة.

# الفصل الرابع

## سوسيولوجيا جودة الخدمات الصحية

أولاً. الصحة من منظور سوسيولوجي

ثانياً. المؤسسات الصحية من منظور

سوسيولوجي

ثالثاً. الفاعلون في الخدمة الصحية

والأداء الوظيفي

رابعاً. سوسيولوجيا الخدمة الصحية

خامساً. سوسيولوجيا جودة الخدمة الصحية

**تمهيد :**

إنّ الخدمات الصحيّة تُعبر عن مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية والعلاجية التي تقدمها مؤسسات الرعاية الطبية إلى جميع أفراد المجتمع عامة دون تمييز أو تفضيل بهدف الرفع من المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وإنشائها وفي حال حدوثها العمل على إزالتها وتحويل المريض العاطل إلى عامل ناشط منتج. ولبلوغ هذه المرامي تسعى المنظمات الصحيّة على إيجاد سبل ناجعة لتلبية متطلبات المجتمع الصحيّة من خلال تقديم أجود الخدمات ونحاول في هذا الفصل أن نتعرض إلى عدد من المفاهيم المرتبطة بالخدمة الصحيّة وجودتها:

أولاً: الصّحة من منظور سوسيولوجي

ثانياً: المؤسسات الصحيّة من منظور سوسيولوجي.

ثالثاً: الفاعلون في الخدمة الإستشفائية.

رابعاً: سوسيولوجيا الخدمة الصحيّة.

خامساً: سوسيولوجيا جودة الخدمة الصحيّة.



## أولاً: الصّحة من منظور سوسيولوجي:

إنّ ميدان الصّحة من الميادين التي برزت فيها النظرة السوسيولوجيا إلى المرض، تلك النظرة التي لا تغفل العوامل المجتمعية والنفسية، بل تدخلها في الحسبان، فقد مهدت التدابير الاجتماعية التي اعتمدت في مجال الصّحة العامة والبحوث، إلى العناية بالجانب الاجتماعي، والارتقاء بالمستوى الثقافي، والتربوي للأفراد والجماعات<sup>1</sup>. فقد كان منذ فترة غير بعيدة التعامل مع المشكلات الصحيّة والمرضية حكراً على الطب والبيولوجيا اللذان كانا ينظران إلى المرض على أنّه ظاهرة بيولوجية وعضوية لا غير، وقد بدأ الاهتمام في غضون الخمسينات الأخيرة؛ التي عرف فيها الطب مكانة في المجتمع والعلاقات بين الصّحة والمرض تحولات عميقة، حيث لوحظ صعود الطب العلاجي الحديث ليصبح تطبيب المجتمع بفضل جهود العلوم السلوكية، لينتقل بذلك تحليل الصّحة والمرض من مجالات البيولوجيا والفيزيولوجيا إلى مجالات المعرفة الأخرى من العلوم الاجتماعية مثل الأنثروبولوجيا والنفس والاجتماع، وكما أشرنا سابقاً منذ الخمسينيات ظهر تطور في علم الاجتماع، احتلت فيه الصّحة مكاناً بارزاً، ونمى بسرعة إلى علم الصّحة أو علم الاجتماع الطبي.

بدأ الاهتمام بعلم الاجتماع الطبي يتزايد، ويتضح كمجال جديد من مجالات بحوث العلوم السلوكية، وقد أصبح في السنوات العشرة الأخيرة، أكثر اختلافاً من ذي قبل، بفعل الحاجة المتزايدة إليه و زيادة اهتمام المجتمع بمشكلات الخدمة الصحيّة، وأسلوب أدائها والسياسة الصحيّة؛ أضف إلى ذلك أنّ تقدم المعرفة الطبية، وتكنولوجيا الطب؛ فالطب لم يعد نشاطاً عرضياً، وإنّما هو علم قائم بذاته وكان ذلك بداية من أواخر القرن 19م وبداية من القرن 20م، حيث استفاد من الدروس التي يتضمنها تاريخ الطب، وخاصة تلك المتعلقة بالأبعاد الاجتماعية في تعليل المرض، و اتسع نطاق الطب، وتخلص من النزعات التقليدية التي كانت تعيق تقدم الطب، وانفتح بذلك على ميادين معرفية أخرى منها علم الاجتماع

1 - إبراهيم عيد الهادي المليجي، آخرون، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، مصر: دار المعرفة الجامعية، 2000، ص9.

نذكر على سبيل المثال تخلصه من التعريف القديم الذي كانت تتداوله العلوم الطبية في تعريف الصّحة، على أنّها " خلو أو غياب المرض، وأنّ المرض خلل قد يصيب أحد أعضاء الجسم، وبالإمكان التخلص منه بمجرد زيارة الطبيب أو تناول الدواء، بمعنى أنّ التفسير السائد كان تفسيراً بيولوجياً فسيولوجياً محض، لم يراع الجوانب الأخرى التي تؤثر على صّحة الإنسان. غير أنّ الأبحاث المتواصلة في مجال الصّحة والأنثروبولوجيا وعلم الاجتماع الطبي ساعد على إعادة صياغة مفهوم الصّحة.

### 1- مفاهيم متعلقة بالصّحة والمرض:

#### 1-1- مفهوم الصّحة :

الصّحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان، يصعب إعطاء تعريف دقيق وشامل لها، وهذا لتطور هذا المفهوم عبر تاريخ البشرية، والذي يعني أنّه في كل مرحلة تاريخية يعطى له تعريف لما يوافق ظروف تلك المرحلة، وقد ازداد صعوبة اليوم لتعدد وإختلاف آراء الباحثين، إضافة إلى أنّها في قلب النقاشات الإجتماعية، واهتمامات المجتمع مما يجعل منها مفهوم متعدد الأوجه وفي حالة تحول دائم، نلخص ما جاء من تعاريف فيما يلي<sup>1</sup>:

• الصّحة الخلو من المرض.

و هذا التعريف قاصر و ناقص إذ يصف أنّ الصّحة تعني عدم المرض.

الصّحة هي حالة يستطيع فيها العضو أن يؤدي دوره وفي هذا التعريف يربط الصّحة بأداء الأعضاء لأدوارها.

• الصّحة هي غياب المرض الظاهر و خلو الإنسان من العجز و العلل و هذا التعريف يحاكي التعريف السابق.

• و عرفها ( نيومان ) " الصّحة عبارة عن حالة التوازن النسبي بوظائف الجسم، التي يتعرض لها الجسم، كما أن تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم قوة الجسم للمحافظة على التوازن "

1 - عبد المنصف علي رشوان، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، القاهرة : المكتب الجامعي الحديث، 2007، ص 33.

يصف نيومان الصّحة على أنّها قدرة جسم الإنسان على التحمل و التكيف مع بيئته الاجتماعيّة و الطبيعيّة مهما كانت العوامل المحيطة و التأقلم معها للعيش. و قد عرفت المنظمة العالميّة للصّحة OMS في دستورها سنة 1948 "حالة من الكفاية و السلامة الكاملة الجسميّة و العقليّة و الاجتماعيّة و ليست مجرد الخلو من المرض و الضعف" 1 وندقم التعريف كما جاء في دستور OMS:

" La santé est un état de complet de bien être physique, Mentale et social et ne consiste pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité".

يصف هذا التعريف و الذي جاء في ظروف بعد الحربين العالميّتين بأنّ الصّحة هي التواء الأبعد الثلاثة للإنسان من الجسد و العقل و البيئّة الاجتماعيّة.

- الصّحة الجسديّة: تعني القدرة على قيام الجسم بالوظائف الفيزيولوجيّة و الميكانيكيّة وهذا البعد الأكثر وضوحا و شهرة.
- الصّحة العقليّة: تعني القدرة على أن نفكر بوضوح و تناسق القدرة على التعلم و القدرة على اتخاذ القرارات.
- الصّحة الاجتماعيّة: تتضمن القدرة على القيام بأدوارنا الاجتماعيّة كبناء الأسرة و تحمل مسؤوليّة الأبناء بالتربية و التعليم، و القيام بالواجبات تجاه العمل ... وإقامة علاقات اجتماعيّة و ضمان استمرارها مع الآخرين.

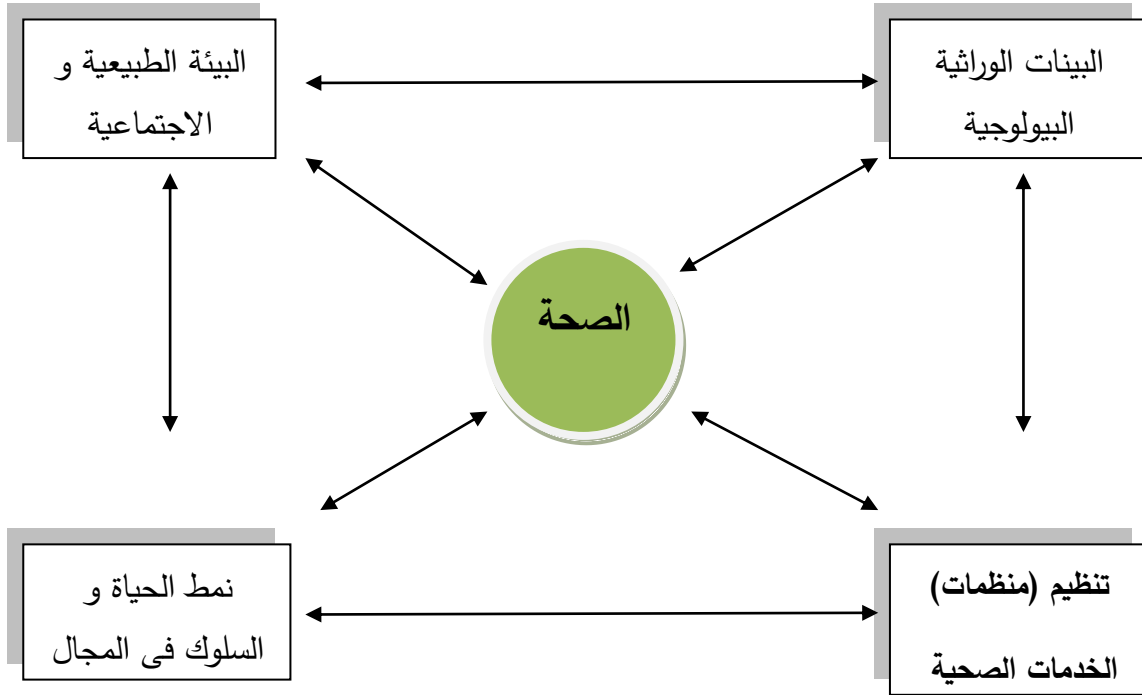
وقد تتالت المؤتمرات العالميّة لتصويب المفهوم، ففي عام 1977 رسمت الدول الأعضاء في المنظمة العالميّة للصّحة O M S هدفا رئيسيا وهو توفير الصّحة للجميع بحلول عام 2000 م، وذلك بهدف الوصول بمستوى صّحي للأفراد و الجماعات يمكنهم من حياة أكثر فعالية و إنتاجية على المستويين الاجتماعي و الاقتصادي.

و في مؤتمر الما -آتا ( Alma - Ata ) حيث أُعتبرت الصّحة كحالة مرتجاة من الرفاه على المستوى الجسدي و النفسي و الاجتماعي، إضافة إلى تأكيد الصّحة كحق أساسي من حقوق الإنسان.

تعريف مؤتمر شارتر أوتاوا 1986 " الصّحة هي قدرة فرد أو مجموعة من الأفراد لتحقيق طموحاتهم و تطلعاتهم و إشباع حاجياتهم هذا من جهة، و من جهة أخرى القدرة على الاستمرار في التكيف مع البيئة، ولذلك ينظر للصّحة على أنّها مورد للحياة وليس هدفا لها فهي مصطلح ايجابي يضع في أولوياته الموارد الشخصية و الاجتماعية فضلا عن القدرات البدنية، و تعزيز الصّحة لا يعتمد على القطاع الصّحي وحده بل يتعداه ليشمل نمط الحياة كما يهدف إلى الرفاه "

و قد أورد لالند 1 "أنّ الصّحة هي النقاء أو التوازن بين أبعاد أربعة و الممثلة في البيانات الوراثية و البيولوجية البيئية و الطبيعية و الاجتماعية، منظمات الخدمات الصحيّة، و نمط الحياة و السلوك في المجال الصّحي".

الشكل رقم (08): الأبعاد الأربعة للصّحة حسب لالند.



Source: Lalonde, M. "Nouvelle perspective de la santé des canadiens", ministère de la santé et de bien être sociale, Ottawa, 1975

<sup>1</sup> - [http : //www,iumpsp.eh](http://www,iumpsp.eh). consulter le 03/05/2019 à 10h30'

## 1-2- مفهوم الصّحة العامّة:

يشير مصطلح الصّحة العامّة إلى طائفة واسعة من الأنشطة التي يجري تنظيمها على جميع مستويات المجتمع، و تستهدف هذه الأنشطة أن تحقق بطريق مباشر أو غير مباشر تحسين صحة السكان، بوقايتهم من المرض، أو إطالة أعمارهم أو تعزيز صحتهم ويمكن استخدام مصطلح الصّحة العمومية ليشير إلى علم و فن الوقاية من المرض، هذا في مجمله، و هو خدمة عمومية تُسّير و تنظم من طرف الدولة فهدفها الأسمى تحسين صّحة السكان و تهيئة الظروف الملائمة، و القيام بالنتقيف الصّحي و الحملات التحسيسية لحفظ و حماية الصّحة و تشجيع البحث العلمي في المجال الطبي، بمساهمة الأطباء الخبراء الممرضين، و البيولوجيين وعلماء الاجتماع و الإحصاء.

و قد عرف (جون لاست) الصّحة العمومية " هي أحد الجهود التي ينظمها المجتمع لحفظ صحة الناس، و تعزيزها واستعادتها، و هي توليفة من العلوم، والمهارات و المعتقدات موجّهة لصون صّحة جميع الناس و تحسينها من خلال إجراءات جماعية أو اجتماعية و تركز البرامج، و الخدمات، والمؤسسات المعنية بها على الوقاية من المرض و الاحتياجات الصحية لعموم السكان، وتتغير أنشطة الصّحة العمومية بتغير التكنولوجيا و القيم الاجتماعية، غير أن مراميها تبقى كما هي بلا تغير و تتمثل هذه المرامي في: حفظ معدلات المرض والموت المبتسر، وتقليل ما يسببه المرض للسكان من انزعاج وعجز وعلى ذلك تعتبر الصّحة العمومية مؤسسة اجتماعية واختصاص علمي وممارسة".

وجاء تعريف الصّحة العمومية في موسوعة Wikipedia عن وكالة الصّحة العمومية الكندية<sup>1</sup> "دراسة المحددات الفيزيائية والنفسية الاجتماعية والثقافية الصّحية للسكان هذا من جهة ومن جهة أخرى هو نشاط يهدف إلى ترقية صّحة السكان" وتضيف الوكالة "هو نشاط منظم للمجتمع يهدف إلى الترقية والحماية وفي المستوى الآخر إعادة صّحة الأفراد والجماعات أو صّحة السكان برمته".

وقد عرفها العالم (ونسلو)2 (Winslow) 1920 "أنّ الصّحة العامّة هي علم وفن الوقاية من المرض وإطالة العمر وترقية الصحة والكفاية وذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل:

1 - w.w.w. Wikipedia, "définition de le santé publique", consulter, le: 03.05.2019 a 10.30' h

2 - عبد المجيد الشاعر، وآخرون، مرجع سابق، ص 66 .

- تحسين صّحة البيئة؛
- مكافحة الأمراض المعدية؛
- تعليم الأفراد الصّحة الشخصية؛
- تنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض؛
- تطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية؛
- أضيف لها خدمات الصّحة النفسية؛

### 1-3- المفهوم الإجمالي للصّحة العامة:

كما أشرنا في تعريف الصّحة بأنّها متعددة التعاريف وذلك لتطور هذا المفهوم عبر التاريخ وأيضا كونه يقع في قلب النقاشات الاجتماعية اليومية للمجتمع لذلك نجد لهذا المفهوم تعابير بديلة أو مكملة من قبيل الطب الاجتماعي وصّحة المجتمع، وهذا تأكيدا للصّلة والارتباط الوثيق بين الصّحة والعلوم الاجتماعية، وهناك مجموعة من الأسباب تدعم وجهة النظر هذه<sup>1</sup>:

أ- الفلسفة الحديثة للصّحة العامة: فقد تحول اتجاه الصّحة العامة من الاهتمام بالفرد إلى الاهتمام بالمجتمع، حتى أصبح تعريف الصّحة مرهون بالمجتمع فقد عرف البعض الصّحة العامة بأنّها " علم تشخيص وعلاج المجتمع " .

ب - مصطلح الصّحة العامة أو العمومي: حيث أنّ كلمة العامة أو العمومي تعني الناس وهذا يعني ضرورة دراسة العامة (المجتمع) حتى يتحقق أعلى مستوى من الصّحة لهم.

ج - تعريف الصّحة الذي وضعته منظمة الصّحة العالمية: والذي جاء فيه بأنّ الصّحة هي حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية ... فظهرت الناحية الاجتماعية كأساس في التعريف.

د - المشاكل غير الطبية للمشاكل والأمراض الصحيّة: كثير من الأمراض تنتج مباشرة أو غير مباشرة وأسباب غير طبية، وإتّما مرتبطة بالحياة الاجتماعية للمجتمع من عادات وتقاليد وثقافة والأمثلة كثيرة:

1 - المرجع السابق، ص 69 .

- إرتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع بسبب الفقر الجهل الأمية و الإعتقاد الخاطئ بالقضاء والقدر.

- إنتشار الأمراض المعدية التي تنتج عن عدم النظافة، وانتقال الأمراض عن طريق المياه الملوثة ....

هـ - المعتقدات والطرق غير العلمية في أسباب وعلاج الأمراض:

- تنشر في المجتمعات النامية طرق وأساليب للعلاج من الأمراض بطرق علمية غير ناتجة عن نتائج تقاليد وأعراف هذه المجتمعات من العلاج من الأمراض على أسس انه من الحسد أو العين أو السحر ....

## 2- المرض:

تعدّدت تعاريف المرض وتنوعت بتنوع مشارب وتخصصات أصحابها من البيولوجيا الأنثروبولوجيا، علم الاجتماع، علم النفس العلوم الطبية، فبالنسبة لهذه الأخيرة فقد عرّفت المرض على أنّه:

- حالة التغير في الوظيفة والشكل لعضو ما يكون الشفاء منه صعب أو مستحيل بدون علاج.

- إنّهُ مجموعة من الانعكاسات ناجمة عن اضطراب في الجسم أو أحد أجزائه جوابا لتتبيه قد يحدث مرضا.

- المرض هو انحراف أو اختلال في أحد عوامل الصّحة الجسمية والعقلية أو النفسية يؤدي إلى اضطراب تظهر على المريض بعض الأعراض.

- المرض عملية منذ بدء السبب وحتى ظهور المضاعفات وقد يكون هذا التطور حادا وسريعا، وقد يكون بطيئا ومزمنا، ويمكن أن يكون المرض عاما يصيب أكثر من عضو واحد أو يكون موضوعيا تقتصر الإصابة على عضو واحد أو جزء من العضو.

هذا التعريف من وجهة نظر الأطباء يرى بأنّ المرض يحدث نتيجة قصور عضو أو أكثر من عضو من أعضاء الجسم في أداء وظيفته على الوجه الأكمل؛ وهناك تعاريف بيولوجية ربطت المرض بالإيكولوجيا أو الوسط الذي يعيش فيه الإنسان، وغياب التوافق البيولوجي والبيئي يؤدي إلى حدوث خلل وظيفي للكائن البشري؛ يلاحظ من خلال التعاريف السابقة أنّها ركزت على الجوانب الفسيولوجية والبيولوجية في حدوث المرض، ومع تطور العلوم

السلوكية وبالتحديد بداية من الخمسينات القرن الماضي ركزت الأبحاث على دراسة موضوع المرض كسلوك اجتماعي<sup>1</sup> (La maladie comme conduite social)، والمريض كمنتج اجتماعي (Le malade comme produit social)، حيث قدم عالم الاجتماع الأمريكي تالكوت بارسونز سنة 1951 دفعا قويا نحو بداية اهتمام التفكير السوسيولوجي بموضوع المرض، وقبل ذلك كانت العوامل الاجتماعية مهمة تماما بحيث ظل مبنيا فقط على العوامل الفسيولوجية كما يراها الأطباء دون الأخذ بعين الاعتبار الحقائق الأخرى ذات الصلة، ومن هذا المنطلق طرح بارسونز التساؤلات التالية:

- لماذا يتصرف بعض الجماعات بطرق متباينة أمام نفس الأعراض المرضية؟
  - لماذا يصرح بعض الأفراد بأنهم مرضى والبعض الآخر لا يصرح بذلك؟
  - لماذا يذهب البعض إلى الطبيب و البعض لا يفعل ذلك؟
  - كيف يختار الناس طبيبهم؟ و بمساعدة من؟ وكيف يتفاعلون معه؟
- وهكذا أصبح تعريف المرض لا يكتمل إلا من خلال إدراجه في سياقه الاجتماعي و الثقافي. وبذلك يرى علماء الاجتماع أنّ المفاهيم السائدة لدى أعضاء المجتمع من الصحة والمرض وعلاجه إنّما تكون محكومة بأنساق القيم الإجتماعية التي تنبثق عن خبرات الناس نتيجة لعضويتهم في جماعة اجتماعية مختلفة، وانتماءاتهم إلى ثقافات متباينة، بالإضافة إلى متغيرات كالسن والنوع، والظروف الأسرية والأصول الاجتماعية والطبقية.

1 - يوسف سعدون، سوسيولوجيا الطب إلى سوسيولوجيا الصحة، مجلة البحوث والدراسات الانسانية، ج2، رقم 04، 31 ماي 2009، ص61.



2-1-أنواع الأمراض: هناك من قسم الأمراض إلى فئتين:

أ- الأمراض المعدية Les Maladies Transmissibles:

الأمراض المعدية هي اضطرابات تحدث بسبب كائنات صغيرة — مثل البكتيريا، أو الفيروسات، أو الفطريات، أو الطفيليات، تعيش في الهواء أو على أجسامنا، عادةً ما تكون ضارة، أو نافعة، ولكن في ظل ظروف معيَّنة، فإنّ البعض منها قد تُسبب الأمراض. يُمكن أن تنتقل بعض الأمراض المعدية من شخص إلى شخص آخر، كما أنّها قد تنتقل عن طريق الحشرات، أو الحيوانات، أو بسبب تناول طعام أو شرب ماء ملوث، أو بسبب التعرّض لكائنات صغيرة في البيئة.

ب - الأمراض غير المعدية Les Maladies Non Transmissibles:

وهي الأمراض التي لا تسببها الجراثيم ولها أسباب كثيرة تختلف من مرض إلى آخر، ونذكر منها:

- أمراض القلب والأوردة مثل السكتات القلبية والدماعية وارتفاع ضغط الدم.
- السرطان بأنواعه.
- أمراض الجهاز التنفسي المزمنة، مثل الأزمة والانسداد الرئوي المزمن.
- أمراض الكلى.
- التصلب المتعدد.
- أمراض الكبد.
- داء السكري.

وكذلك يمكن تصنيف الأمراض إلى الأنواع التالية:

- عائلية: وهي تصيب عددا من أفراد العائلة الواحدة: مثل السكري وارتفاع ضغط الدم، ويمكن تسميتها بالأمراض الوراثية، أي أنها تنتقل من الآباء إلى الأبناء.
- الأمراض المعدية.
- الأمراض غير المعدية.
- الأمراض المهنية: المرض المهني هو مرض يصيب الفرد نتيجةً لطبيعة عمله أو نشاطه المهني، حيث يتم تعريفه عند انتشاره في بيئة عمل محددة مقارنةً بالمحيط السكاني

العام أو بيئة عمل أخرى. يمكن للإصابة أن تكون ناتجة عن التعرض لعوامل ضارة مختلفة، قد تكون كيميائية، فيزيائية، بيولوجية، مسرطنة أو مشعة.

- الأمراض الاجتماعية: كالقلق والتوتر.

- الأمراض الخلقية (ولادية): وهي الأمراض التي تصيب الأطفال أثناء وجوده داخل رحم الأم.

كما قدمت كلودين هرزليتش تصنيفا آخرًا لأنواع الأمراض وذلك من خلال ثلاثة مؤشرات كبرى، تبدو هي الأخرى كسلسلة من الثنائيات هي<sup>1</sup>:

• درجة خطورتها: خطيرة- خفيفة، قاتلة- غير مميتة، قابلة للشفاء- مزمنة

• حجم ألمها: أمراض مؤلمة- أمراض غير مؤلمة

• حسب المدة الزمنية: طويلة الأمد- قصيرة الأمد، مفاجئ- غير مفاجئ.

تعتبر هذه المؤشرات بمثابة قواعد تصنيفية يمكن من خلالها أن نميز بين عدد كبير من الأمراض، إذ لا يدل كل مؤشر منها على عدد من الأمراض دون أخرى، بل على العكس من ذلك، أي أن المرض غالباً ما يصنف بناءً عليها جميعاً، فالأمراض الخطيرة مثلاً بالإضافة إلى أنها تعد قاتلة وغير قابلة للشفاء، فإنها تنفرد ذلك بخاصية طولها على مستوى الأمد، فالسرطان مثلاً غالباً ما يعتبر مرضاً قاتلاً وغير قابل للشفاء، إضافة إلى أنه مرض غير قابل للردّ وطويل الأمد، زيادة على ما يحدثه من ألم. إن صفة الخطورة هنا، خطورة مرض كالسرطان تعدّ في نظر هيرزليتش، إطاراً مرجعياً تجتمع عنده كل المؤشرات لتضفي المعنى والقيمة على كل مرض كيفما كان نوعه.

هذا من جهة، ومن جهة ثانية، يتخذ المرض داخل المجتمعات الإنسانية حسب هيرزليتش ثلاثة أشكال أساسية جميعها يدخل ضمن رؤية بارسونز للمرض باعتباره انحرافاً أو خلافاً اجتماعياً.

أما الشكل الأول فهو المرض باعتباره تدميراً La Maladie Destructrice ويصبح خلاله المرض مرادفاً للعجز من أوجه عدة، تبدأ بعدم قدرة المريض على لعب أدواره المهنية والأسرية، وتنتهي عند ما تسميه هيرزليتش بالإقصاء من الجماعة، أو إبعاد المريض من

1-راضية بوزيان، التمثل الاجتماعي للصحة والمرض: مقارنة سوسيولوجية تحليلية لأعمال كلودين هيرزليتش نموذجاً، أعمال الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، جامعة الطارف، لأيام 22، 21 أبريل 2014.

المجتمع *désocialisation du malade*، ويتخذ هذا الإبعاد أبعاداً مختلفة في مقدمتها إحساس المريض بأنّ إقصائه من المجتمع يعني ممارسة العنف تجاهه من خلال إلزامه بالتخلي عن أدواره الاجتماعية والمهنية، كما يفرض عليه المرض تبعية دائمة للآخرين، مع ما يرافق ذلك من قلق وإحساس بالدونية مقارنة مع باقي أفراد الجماعة التي ينتمي إليها. يرتبط هذا النوع من تمثّل المرض وفهمه بأشكال محددة من المرض، يتعلق الأمر في هذا السياق بالأمراض الخطيرة والطويلة الأمد دون غيرها، أي أن الحديث في هذا الباب يكون في الغالب عن أمراض بعينها مثل "السرطان، السل، السيدا.... الخ".

يتجسد النموذج الثاني لتمثّل المرض، في المرض باعتباره محرراً *maladie libératrice* حيث يعتقد الأفراد أنّ منزلة المرض تتحدد انطلاقاً من فك الارتباط بين الفرد وكل أدواره الاجتماعية وأشكال المسؤولية التي يمكن أن تسند إليه أو يحاسب بها، إن المرض يوفر للأفراد الزمن الذي كانت تستنزفه أدوارهم الاجتماعية، إذ يصبح بمقدور الفرد القطع مع إيقاع الحياة اليومية وإكراهاته الاجتماعية، غير أنّ المرض الذي يمكن الحديث عنها هنا لا يدخل في باب الأمراض الخطيرة التي تعزل الفرد عن المجتمع وتقصيه عن الحياة الاجتماعية، بل إن المقصود في هذا المقام الأمراض الخفيفة، القابلة للعلاج، والقصيرة من حيث الزمن، يستغل الفرد وجودها من أجل كسب مجال مشروع وشرعي للحرية التي يفتقدها في وجوده العمومي والاجتماعي.

أما المرض المهني *La Maladie Métier*، تنبه هيرزليتش أنّ ما تقصده بالمرض المهنة لا يجب أن يتم فهمه انطلاقاً من صورته الأولية أو معناه الظاهر، فما تعنيه بالمرض المهنة، ليس امتهان الأشخاص لظاهرة المرض، وإنما استعملت هذا المفهوم من أجل وصف سلوك المريض الذي يجعل من محاربة مرضه غايته الأولى، ويمكن القول مع هيرزليتش أنّ المرض المهنة، ما هو إلا نتيجة لتمثّلين السابقين للمرض، فإذا كان العجز والإقصاء الذي يخلقه الشكل الأول من أشكال وجود المرض وتمثله، يزجج الأفراد، فإن الحرية التي يمنحها والوقت الذي يوفره المرض في شكله الثاني، هو ما يعطي للفرد القوة من أجل السعي نحو القضاء على المرض.

### 3- الصّحة والمرض في النظرية السوسيولوجية:

يرى الكثير من الأطباء بأنّ التقدم الذي أحرزه الطب الحديث ما هو إلاّ نتاج للتطورات التي توصل إليها النموذج الطبي الحديث المبني في الأساس على التدخل الطبي المحض ( التشخيص ووصف الدواء المبنيان على الطرق العلمية وباستخدام التكنولوجيا)، بعيدا عن تدخل العوامل الاجتماعية والثقافية... بمعنى أنّ المعرفة الطبية ماهي إلا مجموعة نظريات حققت نجاحا باهرا في القضاء على الأمراض، بعيدة كل البعد عن كل ما هو اجتماعي. وقد تعرض هذا الطرح للنقد من أصحاب المدارس الفكرية الكبرى والتي نوجزها فيما يلي:

#### 1-مدخل بناء التطورات الاجتماعية:

يرى أصحاب<sup>1</sup> هذا المدخل بأنّ بعض أسماء الأمراض ماهي إلاّ تصورات قام المجتمع ببنائها ويعتبر ميشيل فوكو رائد هذا الاتجاه والذي يعد فيلسوفا وسوسيولوجيا للصّحة، حيث انصبت جل كتاباته حول موضوع الصّحة والمرض نذكر من جملة مؤلفاته " تاريخ الجنون في العصر الوسيط، تاريخ الجنسانية، ولادة العيادة" يجري وراء حفريات هذا المفهوم وأثر وطريقة تشكله وتطوره عبر تاريخ الممارسة العلمية وخاصة الطبّ، لقد اهتم فوكو منذ الوهلة الأولى بالبعد التاريخي لتشكل الظاهرة البيولوجية، وحرصه على الإحاطة بظروف ولادتها وظهورها لأن فهم طبيعتها لا يتأتى إلاّ من خلال الكشف عن طريقة تشكلها وتطورها عبر التاريخ، لذلك فإنّ ما يفسّر اهتمام فوكو بتاريخ الجنون وكلّ ما يرتبط بالمرض سواء في صيغته العقلية أو العضوية.

وفي رأي فوكو فإنّ التحوّل الذي طور نظرة المجتمع للأمراض يرجع إلى تطور علم الطب في نهاية القرن 18م، وظهور العيادات العلاجية، وإنهاء الدجل والشعوذة في عالم الطب. ويعتبر ظهور العيادات العلاجية حدثا مهما في تاريخ الطب، ونقله نوعية واستراتيجية من الدولة للتعاطي مع ظاهرة المرض، -من سفينة الحمقى إلى ميلاد المارستان، ومن الاعتقال الكبير إلى ظهور المستشفى-أملاه في نظر فوكو التحوّل الذي عرفته القيمة السياسية داخل المجتمعات الانسانية، حيث تحولت الصّحة من شأن فردي

<sup>1</sup> -طارق السيد، أساسيات علم الاجتماع الطبي، الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة، 2007، ص46.

خاص، إلى أمر سياسي عام، فبعد أن كان المريض يجد في الأسرة مكانه الطبيعي الذي لا يمكن أن يستبدله بأي مجال أو مؤسسة أخرى، ظهرت المستشفى كمعنى حضاري جديد يمكن من خلاله للدولة أن تتدخل عبر الطب في إعادة التوازن للجسم المريض، وإعادة الحياة للمريض... من الواضح أنّ الملاحظة الأخير لفوكو تكشف عن جانب مهم من الاشتغال السوسيولوجي على الصّحة وهو المرتبط أساسا، بارتباط المرض والوباء، والجوع والبؤس وكل العجز الطبيعي والاجتماعي بالأنظمة السياسية، فكلما كان النظام فاسدا كان المرض متفشيا ودائرة الألم أكثر اتساعا، ومساحة الهشاشة والتهميش أكبر<sup>1</sup>.

## 2- مدخل البنائية الوظيفية:

يؤكد اصحاب هذا الاتجاه على اهمية الاستقرار والتوافق داخل المجتمع الحديث ويرون أنّ المجتمع نفسه يتألف من اجزاء مترابطة ومتكاملة مع بعضها، وهذا التكامل هو نتيجة التوافق العام حول القيم والمعايير المشتركة، ذلك التوافق الذي يحدث من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي نتعلم بواسطتها قواعد السلوك الاجتماعية المناسبة، والتي تتحول بدورها إلى ادوار تشمل الحقوق والواجبات والمسؤوليات الملقاة على عاتق كل عضو في المجتمع.

في التراث النظري لهذا الاتجاه جاءت أول إشارة جادة للصّحة والمرض من خلال ما قدمه عالم الاجتماع الفرنسي دوركايم في محاولته تفسير التغير الاجتماعي من خلال مفاهيم التضامن الميكانيكي والتضامن العضوي وخاصة عندما تناول الحالات المرضية للمجتمع والتي انتهت به إلى الوصول إلى دراسته الشهيرة " الانتحار " والتي جاءت نتائجها لتثبت علاقة العوامل الإجماعية والثقافية في حدوث ظاهرة الانتحار، بعدما كانت تعزى للتفسيرات النفسية، وقد رأى أن هذه الحقيقة يجب تفسيرها بناء على حقائق اجتماعية أخرى.

وفي هذا الاتجاه يعتبر عالم الاجتماع الأمريكي تالكوت بارسونز أول من تناول هذا الموضوع بشكل واضح وكان أول من قام بتحليل سوسيولوجي لمكانة الصّحة والمرض في

<sup>1</sup> - زكرياء الابراهيمى، ميشيل فوكو: أو المدخل السياسي إلى الصّحة، على الموقع [www.alawan.org](http://www.alawan.org) زيارة الموقع يوم 2020/03/19.

المجتمع الكلي، وقد أُعتبر بارسونز الصّحة والمرض مجالاً من المجالات الثلاثة التي تكون أساس التنظيم الاجتماعي ألا وهي الصحة والمرض والتعليم والدين.

أكد بارسونز على أنّ الصّحة أمر ضروري لبقاء المجتمع وقيامه بوظيفته، لذلك عند إصابة الفرد بالمرض فإنّه يصبح عاجز عن أداء أدواره الاجتماعية، وهكذا ينظر إلى الاعتلال الصحي بأنّه انحراف اجتماعي، ويتم علاج هذا المرض -الانحراف- من خلال آليات مفهوم دور المريض، وبواسطة عملية الضبط الاجتماعي التي يقوم بها الأطباء في معالجة المريض وتمكينه من الشفاء وإعادته إلى حالته الطبيعية.

### 1- المدخل الماركسي:

اهتمت النظرية الصراعية منذ تأسيسها في القرن 19 م بقضايا عدم المساواة والفقر والبطالة والاعتلال التي أدت في مجملها إلى نشأة الصراع بين المستغلين والمستغلين والذي أفضى إلى نشوء صراع طبقي، طبقة تعيش الرفاه - النظام الرأسمالي - وطبقة تعيش الفقر والحرمان والتهميش من هذه الافتراضات تنشأ العلاقة بين الصّحة والمرض والنظرية الصراعية، أي هناك علاقة بين عدم المساواة والصراع الطبقي والمرض؟ وهذا ما توصلت إليه دراسة العالم<sup>1</sup> هارون انتونوفيسكي والتي مفادها، أنّه توجد علاقة سببية بين المكانة الاقتصادية والاجتماعية والصّحة والمرض، وبالذات بين عدد السنوات المتوقع أن يعيشها الفرد والطبقة الاجتماعية، لقد وجد هذا العالم وبعد تدقيق لأكثر من ثلاثين دراسة حول معدلات الوفيات في أمريكا و أوروبا، حيث وجد أنّ أبناء الطبقات العليا يتفوقوا على أقرانهم من حيث عدد السنوات المتوقع أن يعيشونها، وهذه الدراسة تتوافق مع دراسة ديانا دتون في محاولتها معرفة قلة الاستخدام للموارد الصحيّة المتاحة من قبل الفقراء وبناء على ذلك قامت باختبار ثلاث فرضيات<sup>2</sup>:

•\* التغطية المالي Couverture financière.

•\* ثقافة الفقر Culture de la pauvreté.

•\* حواجز النظام Barriere de système.

وفيما يتعلق بالفرضية الأولى والتي ترى أن عدم إقبال الفقراء على استخدام الخدمات الصحيّة لعدم وجود التغطية المالية لدفع المستحقات، إلا أنّها لاحظت تناقضا في واقع

1 - عايد الوريكات، علم الاجتماع الطبي، ط1، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2011، ص39.

2 - المرجع السابق، ص40.

الحال لوجود التأمين الصحي للفقراء ومجانية الخدمات الصحيّة، وبالتالي - في رأي الباحثة- نتيجة هذه الفرضية ضعيفة.

أمّا الفرضية الثانية التي ترى أنّ عدم إقبال الفقراء لاستخدام الخدمة الصحيّة يعود لانتشار ثقافة الفقر، التي تتكون من معايير وعادات وقيم و اتجاهات تحد من استخدام الخدمات الصحيّة، حيث يرى الفقراء أنّ مهني الصّحة غير ايجابيين وغير ودودين معهم، وبالتالي يستعملون طرق أخرى كبدايل للخدمة الصحيّة كاستعمال الطب الشعبي... وتلاحظ دبون أنّه بدمج الفرضيتين تكون النتيجة بأنّ ضعف الدخل يضعف الاعتقاد بأهمية إجراء الاختبارات الصحيّة الوقائية، وتزداد حالات الاغتراب الاجتماعي.

أمّا فيما يخص الفرضية الثالثة التي ترى أنّ ضعف الاقبال من قبل الفقراء على الخدمات الصحيّة يعود لوجود الحواجز من النظام، حيث اعتقدت أنّ هذه الفرضية هي الأقوى فمن المعروف أنّ المستشفيات والمراكز الصحيّة العامة ( الحكومية ) عادة ما تكون مكتظة، وهمتك صعوبة في الحصول على العلاج الطبي الجراحي أو الوقائي... وبالتالي هذه التنظيمات البيروقراطية تحد من إقبال الفقراء المرضى.

وفي الأخير يرى رواد هذا الاتجاه كلا من ماركس وأنجلز أنّ الصحة المرضية والموت عن عمر مبكر ما هما إلاّ مؤشرات على المجتمع الرأسمالي.

**ثانياً: المؤسسات الصحيّة من منظور سوسيولوجي:**

لقد طورت المجتمعات الإنسانية عبر التاريخ هياكل يقصدها الإنسان للحصول على العلاج بعد أن كان هذا الأخير عملية تبادل شخصية بين ( الطبيب - المريض ) وهكذا أصبح تقديم الخدمة الصحيّة في إطار منظم، ويعتبر المستشفى البذرة الأولى والأساسية التي اخترعها الإنسان لغرض تلقي العلاج، وقد طورها عبر التاريخ لتصير إلى ما عليه اليوم.

**1- مفهوم المستشفى:**

يعتبر المستشفى أهم التنظيمات الإنسانية خدمة للمجتمع، فهو نظام اجتماعي معقد مادته الخام الإنسان، إنتاجه إنساني وعمله ينفذ بشكل رئيسي بواسطة الإنسان والمستشفى في شكلها الحالي هو خلاصه لتطورات تاريخية أكسبه التشكل المؤسسي المتعدد الوظائف منها العلاجي والوقائي والتعليمي والتدريبي والبحثي، بعد أن كان مجرد مكان لإيواء المرضى والمحتاجين خاضعا إلى الأبعاد الخيرية والدينية والإنسانية.

كانت المستشفيات ( البيمارستانات)، في أول عهدها بسيطة إلى أن جاء العهد الأموي، وبالضبط في عهد الخليفة الوليد بن عبد الملك في القرن التاسع ميلادي (806 م) أول من أسس مستشفى كامل ومتطور متخصص في الجذام، وأنشئت بعد ذلك المستشفيات العديدة في العالم الإسلامي، وبلغ بعضها شأنا عظيما حتى كانت هذه المستشفيات تُعد قلاعاً للعلم والطب؛ وتميزت - المستشفيات في العهد الأموي - بأنها كانت تضم أقساما مختلفة مجهزة يختص كل منها بعلاج مرض معين علاوة على الأقسام الإدارية، ونُظم الخدمة التخصصية وتوفير الدواء والغذاء والتمويل والمالية، ثم نظام التعليم الطبي، وهكذا كانت معاهد علمية إلى جانب كونها دورا للعلاج.

وفي المقابل كانت المستشفيات الأوروبية في العصور الوسطى ضمن تصور إحصاني ومكان للفقراء والمساكين وطريق إلى الموت لكل عليل وسقيم؛ وأعتبرت في كثير من الأحيان مستودعا لسلب آمال المرضى في الصحة والحياة، وهذا راجع بطبيعة الحال إلى التخلف الأوروبي الواضح أيامئذ في جميع المجالات والخدمات ومن بينها الخدمات الصحيّة.

أمّا اليوم فقد أصبح المستشفى مأوى للمريض، ومؤشرا دالا على الصحة في المجتمع ومكانا للبحث والدراسة، وتدرس فيه أسباب المرض للوقوف عليها وفهمها من أجل الأصحاء



والمرضى على حد سواء، ولذلك فإن أبرز واجبات المستشفى يتمثل في التشخيص المبكر للمريض، ودرب لتعميق معرفتنا بعوامل إضطراب الصّحة وبالتالي العلاج السريع للمريض قبل إستفحال آثاره، وهنا تظهر العلاقة الوثيقة بين الطب والمجتمع: فالطب شخص المرض وحدد الأسباب، وعين مظاهر الإضطراب في الصّحة وكيفية مقاومة المرض والوقاية منه وبقي على المجتمع، إذن أن يستفيد من النتائج التي تسفر عنها العلوم الطبية.

وعلى ذلك جاء تعريف محمد الصيرفي للمستشفى محاكيا للفقرات السابقة على أنه "منظمة إجتماعية تقدم الخدمات في مجال تخصص عام هو المجال الصّحي باعتبارها المكان المعد لاستقبال المرضى وإيوائهم حتى يتم شفاؤهم"<sup>1</sup>.

كما عرفت جمعية المستشفيات الأمريكية المستشفى، بأنه " مؤسسة يحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للمرضى الداخليين وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمة التمريض المستمرة، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين"<sup>2</sup>.

ويتباين مفهوم المستشفى حسب تباين الأطراف المتعامل معها، وبالتالي فإنّ كل طرف يمكن أن يعرف المستشفى تبعا لتلك العلاقة بينهما، وكما يتضح ذلك أدناه ومن وجهة نظر:

أ- **المرضى**: ينظرون إلى المستشفى على أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية لهم وإستشفائهم.

ب- **الحكومة**: إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصّحي في البلد نحو الأحسن.

ت- **الكادر الطبي**: هو الموقع الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية وبما يملكون من خبرة ومهارة وقدرة على إعادة الابتسامة لمرضاهم.

ث- **إدارة المستشفى**: منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفاء وفعال.

ج- **مصانع الأدوية**: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية على وفق اتفاقات مسبقة.

1 - محمد الصيرفي، إدارة المستشفيات العامة والخاصة ( وكيفية تميز العاملين فيها )، ط1، مصر: دار الفكر الجامعي، 2008، ص5.

2 - سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، ط1، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2007، ص26.

ح- **طلبة الجامعة:** موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن أسرار المهنة ولإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب. فضلا عن ذلك فهناك جهات نظر لأطراف أخرى تمتد إلى زوايا بتطورات مختلفة عن فهمها لمعنى المستشفى<sup>1</sup> كما هو مثلا لمقدمي ومجهزي الخدمات الفندقية والعاملين في مجال الصيانة...الخ.

وفي ضوء كل ذلك يمكن أن ينظر للمستشفى على أساس كونه نظاما مفتوحا لأنه يعتمد على المجتمع ويتأثر بالبيئة التي يعمل فيها ولكل ظروفها، حتى أطلق Kast على المستشفى ( نظام الإنسان الاجتماعي )<sup>2</sup>.

وقد عرفه بعض علماء إدارة المستشفيات وفق عدد من المعايير:

**الأول: التعريف التنظيمي:** هو التعريف القانوني الذي ينظر إلى المستشفى كمؤسسة للمستشفيات : المشفى بأنه يضم على الأقل 6 أسرة تتويم تسمح ببقاء المريض مدة تزيد عن 24 سا.

- مؤسسة طبية مرخص لها رسميا.
- تضم هيئة طبية منظمة وتقدم فيها رعاية طبية منظمة.
- تتوفر فيها سجلات طبية منظمة وتتوفر فيها الخدمة على مدار 24 ساعة، دون إنقطاع.
- تتوفر فيها غرف عمليات ووسائل خدمة طبية تشخيصية وعلاجية متكاملة.
- تتوفر فيها خدمات الأشعة والمختبرات.
- **الثاني: التعريف الوظيفي:** يركز التعريف الوظيفي على الغرض من المستشفى وليس على أجزائه، ويتمثل الغرض الأساسي للمستشفى في رعاية صحة لإفراد والمجتمع وتبعا لذلك تلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع ومن هذا المنطلق فان التعريف الوظيفي:
- يتيح المستشفى التوسع في أهدافه وأغراضه في الإطار الصحي.
- يتيح للمستفيدين من خدمة المستشفى المساهمة في تحديد نظام الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى.
- يركز على أن الاحتياجات المجتمع والاستخدام الفعّال للخدمة مقابل التكلفة في المعيار الذي تعتمد عليه المستشفى في تحديد نظام خدماتها.

1 - ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص، ص21، 22.

2 - المرجع السابق، ص 22.

- ويؤكد على أنّ مصلحة المجتمع تظل هي المعيار لحسن إدارة المستشفى وعليه يمكن تعريف المستشفى على أنّه " نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية ونظام الخدمات الطبية المعاونة، ونظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية، وتتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحثية للدارسين والعاملين في المجال الطبي1.

## 2- وظائف المستشفى:

تعتبر وظيفة رعاية المرضى ومصابي الحوادث هي الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفى والتي تركز حولها كافة الأنشطة والمهام التي يقوم بها المستشفى على أفضل وجه إلاّ أنّه يقوم بوظائف أخرى عديدة وعلى درجة كبيرة من الأهمية، وقد حدد الباحث فريد مان خمسة وظائف أساسية للمستشفى الحديث وتتلخص بما يلي2:

1. تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الخارجيين.
  2. تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الداخليين.
  3. القيام بأنشطة التدريب والتعليم لمهنيين الصّحيين العاملين في القطاع الصحي.
  4. توفير المعرفة الطبية والصّحية من خلال ما يقوم به من أنشطة بحثية في هذا المجال.
  5. الوقاية من الأمراض ويشمل ذلك وقاية المرضى في المستشفى ووقاية أفراد المجتمع.
- كما توصي لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المستشفى بخمسة وظائف أساسية3:

- أ- الوظيفة العلاجية.
- ب- الوظيفة الوقائية.
- ج- التدريب والتعليم.
- د- الأبحاث الطبية والاجتماعية.
- هـ- الخدمات الممتدة والاجتماعية.

1 - سليم بطرس جلدّة، مرجع سابق، ص 27.  
 2 فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 109.  
 3 - فريد توفيق النصيرات، المرجع السابق، ص 109.

## أ- الوظيفة العلاجية:

إنّ الوظيفة الأساسية التي يركز عليها المستشفى هو تقديم الرعاية الصحيّة الضرورية للأفراد والمجتمع المحلي والذي يقصد المستشفى، وأن تقدم هذه الرعاية الصحيّة بجودة عالية وبشكل مستمر وعلى مختلف مستويات الخدمات الصحيّة من الأوليّة إلى المتخصصة والتي سنشرحها بشيء من التفصيل في المبحث التالي:

إلاّ أنه يجب أن نؤكد في هذا المقام أنّه على المستشفيات تحاشي بعض الأخطار أثناء تعاملها مع المرضى والمتمثلة في<sup>1</sup>:

- عدم التقدير الصحيح لكرامة وإنسانية المريض حيث غالبا مخاطبة المريض بإطلاق رقم مجرد عليه، أو مخاطبته والتعريف عليه بالحالة المرضية كأن يقال مريض السكري مريض السل... الخ
- عدم التفهم الكافي لحاجة المرضى للراحة ولقدر من العزلة والوحدة والخصوصية.
- التعامل مع المرضى بكبرياء وعجرفة من قبل المهنيين الصحيين.
- سوء التقدير لذكاء ونباهة المرضى والافتراض الخاطئ بوجود إنصياح المرضى والتقدير بما يطلب منهم دون حاجة إلى تفسير وتوضيح.
- الافتراض الخاطئ بأنّ وقت المهنيين المتخصصين أكثر أهمية من وقت المريض.
- فشل العاملين في المستشفى لفهم الخلفية الاجتماعية للمريض والمشاكل الاجتماعية المحتملة المؤثرة على مرضه.
- العمل على تثقيف المريض حول مرضه، فهو له حق المعرفة وليساهم ذلك في التسرع من شفائه.
- التأكيد على أخلاقيات المستشفى ويشمل ذلك:
  - التأكيد على حقوق المريض واحترامها ويشمل ذلك المساواة بين المرضى فيما يخص بحقهم في العلاج وحسن المعاملة بغض النظر عن العرق والجنس أو الدين أو المركز الاجتماعي والاقتصادي.
  - يجب أن لا يتسبب المستشفى بأي أذى أو ضرر للمريض سواء كان ذلك جسديا اجتماعيا أو نفسيا.

1 - فريد توفيق النصيرات، المرجع نفسه، ص، ص24،23.

• توفير إقامة مناسبة لكافة المرضى.

ب - **الوظيفة الوقائي:** يمكن تصنيف هذه الخدمات على ثلاثة مستويات وهي:

□ **الخدمات الوقائية الأولية:** وهي خدمات محددة ومباشرة يجري التخطيط لها وتقديمها لوقاية الأفراد من مرض معين، ومن الأنماط المعروفة، والشائعة في هذا المجال هي حملات التطعيم الجماعي والمواجهة إلى فئات معين من المجتمع كما هو الحال حملات تطعيم الأطفال في المدارس وقد لوحظ في بعض المستشفيات أخطاء كثيرة.

□ **خدمات الوقائية من الدرجة الثانية:** وتشمل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها وتشمل خدمات المسح الصحي الشامل أو المسح بالعينات لبعض المواطنين من أرباب العمل أو الشرائح السكانية المعينة التي يتوقع أن تكون لها قابلية للإصابة أو الاستجابة لها أكثر من غيرها.

□ **خدمات الوقاية من الدرجة الثالثة:** وهي خدمات متخصصة تقوم على مجهودات فريق متخصص وتهدف إلى إعادة تأهيل المرضى ومصابي الحوادث وتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة ومنتجة إلى حد ما.

ج- **وظيفة التدريب والتعليم:** وذلك من خلال إشراف الأطباء القدامى والمتخصصين على الأطباء الجدد وتدريبهم، وكذلك من خلال الاجتماعات الدورية ودراسة حالات المرض بما يؤدي إلى زيادة معرفة الأطباء ويؤثر على تحسين كفاءتهم لتأدية الخدمة للمجتمع. ولا يقتصر وظيفته على تدريب الأطباء بل أيضا للمرضى وكل العناصر البشرية العاملة فيه.

ويعتبر المستشفى المكان الأنسب والأمثل للتدريب العملي لكافة المهنيين الصحيين لما يتوفر له من إمكانيات فنية وبشرية أو أجهزة ومعدات ومعامل وللقيام بهذه الوظيفة على أحسن وجه لا بُد من 1 :

• توفير المستلزمات المادية المطلوبة لعملية التدريب والتعليم، أجهزة ومعدات وعرف التدريس، وهو ما نجده متمثلاً في مكاتب داخل المستشفيات.

• توفير العناصر البشرية المطلوبة كماً ونوعاً للقيام بأنشطة التعليم والتدريب ويشمل كبار الأطباء.

د- **الوظيفة البحثية:** يمكن هدف البحث في مجال العلوم الطبية إلى تحسين خدمات الرعاية والعلاج، فهناك بعض الأمراض ما زالت غير معروفة وتتطلب كثير من الجهد ولذلك فعلى المستشفيات وكل حسب إمكانياته من القيام بدورها في مجال البحث العلمي.

هـ - **الخدمات الممتدة:** إنّ المستشفى كمركز رئيسي لصحة المجتمع الذي يعمل فيه كمؤسسة إجتماعية نشطة من مؤسساته دائمة التأثير والتأثر بالبيئة المحيطة لا ينبغي له اقتصار دور على تقديم الخدمات الطبية لمن يطلبها، ويسعى في الحصول عليها داخل أسواره بل لا بد له من توسيع أنشطته والخروج بها لتصل إلى بعض المرضى في بيئتهم المنزلية وخاصة الحالات المرضية المزمنة، أو للمرضى كبار السن حيث يمكن رعاية مثل هؤلاء المرضى والإشراف عليهم من قبل الممرضين والمتخصصين وخدمات الطبيب العام في منازلهم.

### 3- أقسام المستشفى:

تحتوي المستشفيات على أقسام داخلية وخارجية وهذا النمط الأخير قد تخلت عليه الجزائر منذ 2007 وأصبح هيكلا يعمل لوحده ويسمى بالمؤسسات الجوارية، ليبقى المستشفى يضم فقط أقسام داخلية تتولى علاج حالات مختلفة من المرض وذلك حسب طبيعة المستشفى وتخصصه وإمكانيته وعدد الأسرة فيه، مما يزيد كفاءة الخدمة الصحية وتأتي في المقدمة المستشفيات العامة، حيث تضم جميع فروع الأقسام الداخلية ( باطني، أطفال جراحة، عظام، أنف والأذن و الحنجرة، و عيون و أمراض النساء والتوليد )، وبالتالي تغطي كافة الأمراض وليس العبرة هنا بعدد الأقسام الداخلية، فحسب بل بعدد ونوعية التخصصات الطبية والأخصائيين ونوع الأدوية والمختبرات وأقسام الأشعة والمعاملة وطبيعة الأداء المهني ويسر الحصول على الخدمة.

أما المستشفيات التخصصية فهي تضم أقسام داخلية تعالج مرضا واحدا تخصص المستشفى في علاجه مثل مستشفى العيون، حيث يضم كادر طبي ماهر متخصص في طب وجراحة العيون، وهذا يؤدي إلى جودة الأداء المهني وبالتالي كفاءة ادعاء الخدمة الصحيّة بها.

**ثالثاً : الفاعلون في الخدمة الاستشفائية والأداء الوظيفي:**

لا يمكن الحديث عن الخدمة الصحيّة دون التطرق للفاعلين الاجتماعيين القائمين عليها ولذلك ارتأينا في هذه النقطة الحديث عن الفاعلين الأساسيين في الخدمة الصحيّة وقبل ذلك توجب علينا أن نتعرف على العلاقات الاجتماعية التي تدور بين هؤلاء الفاعلين داخل أقسام المستشفى:

**1 - العلاقات الإجتماعية لمقدمي الخدمات في المستشفى:**

تجسد العلاقات الإجتماعية في المستشفيات البعد الحركي الديناميكي الإجتماعي كما تنمو وتتغير وتتحد من خلال علاقات التفاعل الإجتماعي الرمزي وهي بهذا تمثل صيرورة العلاقات الاجتماعية إلى نوع من النمطية التي تميز المستشفى عن غيره من المنظمات. إنّ تواجد الأفراد سواء كانوا أطباء أم ممرضين أو متخصصين في مهن طبية أخرى أم كانوا مرضى أو زائرين لمرضى ينتمون لواقع اجتماعي وينقلون معهم مظاهر ثقافتهم بكل ما تعنيه من عادات وتقاليد وأعراف وقيم ومعاملات.

وتعد العلاقات الإجتماعية داخل المرفق الصحي تجسدي للطبيعة النفسية الإجتماعية للأدوار والمسؤوليات والمراكز أو المكانة الإجتماعية الوظيفية التي يقوم بها الطبيب أو الممرض أو المريض أو غيرهم في إطار مهام وأهداف المؤسسة الطبية والصحية. إنّ علاقة التفاعل الإجتماعي بين كل الأفراد داخل المستشفى تحتم أنواعاً مختلفة من الاتصال بينهم ويكون لهذا الاتصال نواتج تعرف بالعمليات الإجتماعية مثل التعاون والتنافس والصراع والتكيف والموائمة وغيرها.

**- خصائص العلاقات الإجتماعية:**

تنشأ بين العاملين في المستشفى وبين جمهور المستفيد من خدماتها أنواع متعددة من العلاقات الإجتماعية وفي هذه العلاقات يمتزج ما هو إجتماعي بما هو نفسي بما هو مهني تخصص، ويمكن تحديد أهم الخصائص التي تميز هذه العلاقات:

- تنظيم هذه العلاقات في إطار من الطبيعة الإجتماعية للإنسان وفي سياق الأدوار والمهام الصحيّة والاختصاصات في مجال التخصص للمستشفى وبقدر ما تكون هذه العلاقات منتظمة إيجابية بقدر ما يحقق المستشفى أهدافه.

- تعكس العلاقات الإجتماعية في المستشفى مفهوم حاجة الإنسان المريض إلى من يقدم له الخدمة وهنا يبرر البعد الإنساني التضامني لمساعدة المحتاج.
- تأخذ العلاقات الإجتماعية في المستشفى طابع التخصص المهني ضمن منظومة شاملة من التخصصات الأخرى التي يكمل بعضها البعض وفيها يبرر توجه المجتمع نحو التخصص وتقسيم العمل.
- تعبر العلاقات الإجتماعية في المستشفيات عن اهتمام العاملين بها عن أحداث وتحمل مسؤولياتهم.
- تنشأ العلاقات الإجتماعية داخل المستشفيات وتتوصل في إطار من التنظيم الاجتماعي ببناء المؤسسة ووظائفها.
- تعني العلاقات الإجتماعية في إطار المستشفيات المشاركة الإنسانية الفاعلة والتعاون الإجتماعي على تقديم الخدمات الصحية وطبية لمن يحتاجها.

## 2- بناء السلطة وتقسيم العمل في المستشفى:

### 2-1- بناء السلطة في المستشفى:

لقد جاء عالم الاجتماع الألماني ماكس فيبر بمفهوم البيروقراطية كنموذج مثالي لتحليل ودراسة التنظيمات، ووصف البيروقراطية بأنها تقسيم العمل العقلاني غير الشخصي والمعتمد على مبادئ الهرمية المكتبية ومستويات السلطة المترتبة وحدود رسمية واضحة لاختصاص تحكمها القوانين والأنظمة والتعليمات، ويعتقد الكثير من علماء الاجتماع بعدم تناغم هذا الطرح مع المستشفيات، وذلك لطبيعة العمل في هذه المنظمة، فالأطباء والإداريين تحكمهم مجموعة من القوانين وهما محكومان بشكل غير مباشر لهذه القوانين ويعتقد كل من (ALEXANDER ET FANNEL) أنّ هنالك طبيعة ثنائية للمستشفيات وسبب نشأة هذا النمط هو الصراع التنظيمي في المستشفى بين البيروقراطية والمهنية، فالطبيب يعتقد بل يصر على ممارسة الأحكام الفردية المستقلة في حدود مهنية، فكل طبيب يملك حق تقرير المصير، أي يحاول انتهاج المنظور الإداري العقلاني الذي يستند إلى مبدأ الكفاءة التتقيفية لكافة الأنشطة في المستشفى من خلال الإجراءات والأنظمة والتعليمات المطبقة على الجميع<sup>1</sup>.

1 - عايد الوريكات، مرجع سابق، ص، ص 153، 154.



- ويمتد أثر نسق السلطة المزدوج إلى فئات أخرى تجد نفسها في تنافي بين السلطتين فالمرضى باعتباره يتلقى الأوامر من الأطباء من أجل مريضة، ملتزم من جهة أخرى بتنفيذ الأوامر على نحو يحقق الكفاية المهنية، ولكنه في نفس الوقت، يعد من بين العاملين المشاركين في المستشفى ونتيجة لذلك فهو يخضع لكل قواعد وترتيبات التنظيم الإداري وغالبا تكون ذات طابع اضطراري، وذلك في إطار القواعد الإدارية، ولهذا فإنه يقع في صراع بين توقعات الأطباء الذين يأخذون بتعليماتهم وبين توقعات المدير الذي يجب الإذعان لإجراءاته الإدارية<sup>1</sup>.

## - 2-2- تقسيم العمل في المستشفى:

- إنّ تقسيم العمل يعتبر أحد سمات التنظيم في المستشفى وبطبيعة الحال أن المستشفيات تقوم على خدمات المهنية الطبية، والخدمات الإدارية وغيرها من أقسام المستشفى ويقوم كل قسم من أقسام المستشفى بوظيفة خاصة يفترض أن تعمل في مجموعها على إبراز أهداف المنظمة ككل ، وهكذا يكون من الواجبات الأساسية الأخرى للمشرفين التنسيق بين كل هذه الخدمات المتباينة في سبيل إيجاد نوع من النظام الرشيد.

- ولقد أدى تطور هذه التخصصات، إلى نوع من التدرج بين العاملين في المستشفى عبر الخطوط المهنية، وهذا يعني أنه بينما تعمل الأشخاص الذين يقعون في هذه الفئات المختلفة إلى جانب بعضهم البعض، فإنّ اهتماماتهم وولائهم يكون عادة اتجاه جماعاتهم المهنية وليس بالضرورة اتجاه القسم الذي يساهمون في انجاز واجبات أعماله وعلى سبيل المثال في خدمة التمريض يوجد رئيس أو مشرف التمريض والذي يكون مسئولا على أكثر من وحدة والذي ينحصر واجبه الأساسي في التأكد من أنّ كل الواجبات العمل الضرورية قد أنجزت على أحسن وجه، وخاصة الأعمال التمريضية، وغالبا ما يكون لهذا المسئول نائب يقوم بمساعدة الرئيس في أعماله ومتابعة الأعمال في غيابه، أو العمل كبديل في المداومات.

- كما يوجد تحت مسؤولياتهم ممرضات أو ممرضون يعملون في الغرف والقائمين على خدمة المرضى وهم في الأسرة وكذلك طلاب التمريض والذين يوكل لهم رعاية المرضى لفترات متباينة لكي يتعرفوا على واقع عملية التمريض والتي تختلف عما يتم دراسة في

1 - محمد على محمد، مرجع سابق، ص 328.

المراجع والكتب، وبنفس النمط يكون العمل في شتى نشاطات العمل في المستشفى كعمال الفندق والحراسة<sup>1</sup>.

### 3- الأداء المهني لمقدمي الخدمات في المستشفى:

#### 3-1- الأطباء والأداء المهني للخدمة الصحيّة:

الطبيب هو " الشخص المؤهل أكاديمياً، مهنياً لأداء دور التشخيص ومعرفة العلة المرضية وعلاجها باستخدام التقنيات والأجهزة الطبية المتخصصة ويكون قادراً على إعطاء حلول متعددة للعلاج ولديه الكفايات الخاصة بأداء مهمة طبية على أكمل وجه ومقدرة على اتخاذ القرار السليم ويساهم ويشترك الطبيب في جميع الحالات التي تساعد على الصحة سواءً الوقائية أو التشخيصية أو العلاجية"<sup>2</sup>.

#### أ- محددات الأداء المهني للطبيب:

وتتوقف على المعايير التالية<sup>3</sup>:

- الكفاية الأكاديمية والمهنية والاجتماعية والسلوكية فيجب على الطبيب أن يكون ذو كفاية علمية وعملية ليؤدي عمله ويقوم بالإجراءات العلاجية.
- متابعة الطبيب للدراسات العليا في مجال تخصصه لزيد من كفاءته وكفاية الأكاديمية والعلمية.
- الوحدات التدريبية والدراسات الأكاديمية ومتابعة الحديد في مجال الطب مهم للطبيب ليكون مطلعاً على أحداث المستجدات في مجال تخصصه وعمله.
- من أهم العوامل التي تجعل الطبيب ناجحاً العلاقات الاجتماعية والوضع الاجتماعي للطبيب لأنها تستهل عمليات التشخيص والعلاج وتوفر الوقت والجهد والمال.
- العلاقات الودية المبنية على الاحترام المتبادل بين الطبيب والتنسيق الطبي.
- التفاني في الإخلاص والانتماء للمهنة ضروري لنجاح عمل الطبيب.
- اتخاذ القرار في الوقت المناسب والذي فيه مصلحة للمريض فيزيد من أدائه المهني.
- على الطبيب العام أن يكون مثقفاً في المجالات الأخرى غير تخصصه بعد إمامه الكامل بتخصصه.

1 - محمد علي محمد، مرجع السابق، ص، ص 329-331.

2 - قدرى الشيخ علي، وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، ب س ن، ص 153.

3 - قدرى الشيخ علي، وآخرون، مرجع سابق، ص، ص 155-165.

- الاستعانة بالفنيين المساعدين في المهن الطبية المختلفة والثقة بهم عند التشخيص أو العلاج.

- السرية التامة بما يخص مريض من نواحي المرض أو الحياة الاجتماعية والشخصية للمريض.

#### ب- الأداء المهني للمرضين:

عُرف التمريض " بأنه الوظيفة التي لها أسس علمية وثقافية تقترن بوجود مهارات خاصة بشاغليها، كما تتطلب تلك الوظيفة التكيف الشخصي والخبرة والتخصص " ويضيف آخرون أنّه ينبغي أن تستكمل هذه الوظيفة بصحة الضمير، يصاحبها العمل والخبرة والرقابة على الأفعال. وتعد مهنة التمريض في مقدمة المهن التي تفرض على ممارسيها قدرا كبيرا من التضحية والشجاعة والاستقرار النفسي، وخصائص إنسانية أخرى تتمثل بالصبر والتحمل والعطف، سعيا للحصول على صفة ملائكة الرحمان لمريض وخير من يواسيه ويخفف آلامه<sup>1</sup>.

ويعرف " الممرض على أنّه الشخص المؤهل أكاديميا وعلميا ومهنيا لأداء مهنة تعتبر من المهن المساعدة للطبيب وهي مهنة عملية بحتة أي يقوم الممرض بتطبيق وإجراء وعمل التعليمات والنصائح والتوصيات التي يقدمها الطبيب وما دامت عملية فهي تتصف ببنية أدائها وعلمية تطبيقها ومهارة في عملها بعد أن يكون هذا الممرض مؤهلا ومعدا إجتماعيا ونفسيا إلى جانب الإعداد الأكاديمي والمهني متصفا بكفايات مهنية وإخلاص في العمل وتطبيق التعليمات والتوصيات وتحرص الكليات والجامعات الطبية على إعداده إعدادا متوازنا إلى جانب التأهيل الأكاديمي التخصصي للمريض<sup>2</sup>.

- التمييز في تعزيز صفة الثقة بالنفس عند تنفيذ المهام، والتعليم على نكران الذات والتضحية من أجل الآخرين، وتقديم المساعدة في أي وقت يشاء المريض والمستشفى والمجتمع.

- حلقة وصل ناجحة بين الطبيب والمريض والعائلة والإدارة ويتميز بالتعاون والألفة والعلاقات الإنسانية الحميدة المبنية على الحس لمشاعر المريض ومشكلاته، فضلا عن الرحمة والرأفة للآخرين.

1 - سعد على العنزي، الإدارة الصحية، عمان: دار اليازوري، 2009، ص32.

2 - قدرى الشيخ علي، وآخرون، مرجع سابق، ص 156.

- توطيد صفات التسامح للملاكات العاملة في هذه المهنة الشريفة، وضبط النفس والقابلية على كبت الانفعالات السلبية بما فيها التعب والعصبية.
- تنويع مجالات العمل للملاك التمريض ليشمل مثلاً صّحة الأمومة والطفولة الصّحة المهنية، الصّحة الريفية، صّحة العجزة والمسنين الرعاية الفائقة في ردهات الانتعاش الصّحة النفسية والعقلية... الخ.
- إبراز دور الملاكات التمريضية في تعليم الآخرين وتدريبهم في مدارس التمريض والعمليات والكليات<sup>1</sup>.
- وهناك من يضيف إلى المهام السابقة<sup>2</sup>.
- توفير الرعاية الصحيحة والدقيقة للمريض.
- تثقيف المرضى وأسرهم.
- مساعدة الآخرين وإيجاد طرق ووسائل حديثة لتقديم الخدمات للمرضى.
- الحملات العامة، مثل حملات التطعيم ضد الأمراض السارية والوبائية<sup>3</sup>.
- أما مسؤوليات الممرض في المستشفى ليس محصورة إتجاه رعاية المرضى فقط وإنّما نحو تلك المهنة المقدسة، المقدمة للإفراد، وتتضح في أربع صور هامة:
  - تحسين الصّحة.
  - منع المرضى.
  - إعادة الصّحة التأكّد من المعافاة من المرض.
  - تقليل المعاناة.

1 - سعدي على العنزي، مرجع سابق، ص، ص 33، 34.  
 2 - حسن صالح سليمان القضاة، القيادة مدخل في إدارة المستشفيات، ط1، عمان: دار وائل، 2012، ص 180.  
 3 - قدرى الشيخ علي، مرجع سابق، ص 157.

## ج - الفنيون والخدمة الصحيّة:

ويقصد بالفني الطبي: "هم العاملون في تخصصات الطب المساعدة والذين تم تأهيلهم أكاديميا ومهنيًا وفنيا لأداء مهنة تختص بالمجال الطبي وتساعد الطبيب على عمليات التشخيص والعلاج الوقاية وتتصف هذه الفئة بالعلم والمعرفة في مجال تخصصهم" ومن هذه المهن:

- فنيو المختبرات الطبية.

- تكنولوجيا الأشعة.

- التخدير والانعكاس.

- الصيدلة .....

رابعاً: سوسيولوجيا الخدمة الصحيّة: بعد أن تناولنا المستشفى المكان الذي تقدم فيه الخدمات الصحيّة وتناولنا القائمين على هذه الخدمات، سنحاول التعرف عن ماهية الخدمات الصحيّة وأنواعها ومستوياتها:

## 1- مفهوم الخدمات الصحيّة:

في البداية جدير بنا أن ننوه أن الخدمة الصحيّة لها نفس المدلول للرعاية الطبية<sup>1</sup>. فالخدمة الصحيّة من المنتجات التي تقدمها المستشفيات، المستوصفات المراكز الصحيّة العيادات والجهات ذات العلاقة بغرض المحافظة على سلامة الجسميّة والعقليّة<sup>2</sup> يشير هذا التعريف بأنّ هناك هيئات أنشأتها الدولة للمواطنين بغرض الحفاظ على صحتهم وسلامتهم.

ويعرفها (مخيمر و طعمانة) على أنّها " الخدمات التشخيصية، العلاجية التأهيلية الإجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية"<sup>3</sup>.

هذا التعريف هو تفصيل للتعريف الذي قبله فالخدمة الصحيّة تبدأ من تشخيص المرض وما يتضمنه من تحاليل إشعاعية ومخبرية إلى غاية تقديم الخدمات التمريضية والسريية.

1 - عبد المجيد الشاعر، وآخرون، علم الاجتماع الطبي، ط1، عمان: دار اليازوري، 2000، ص 90.

2 - زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، عمان: دار المناهج، 2005، ص 36.

3 - عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، القاهرة: بحوث ودراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003 .

وقدم (مريزق عدمان) تعريفا للخدمة الصحية "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 الأمراض المعدية"<sup>1</sup> يوضح هذا التعريف أنّ الخدمات الصحيّة هي كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة من خدمات سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة.

وعرفها (صلاح محمود نياي) على أنّها "مجموعة الخدمات الطبية الوقائية لكافة أفراد المجتمع بهدف رفع مستوى الصحة للمواطنين ومنع انتشار الأمراض و الأوبئة وعلى أن تشمل كافة الخدمات التي تساعد على النهوض بالمستوى الصحي، ومن هذه الخدمات التربية الصحيّة والماء الصالح للشرب والتغذية والتطعيم وصحة الأم والطفل وتوفير الأدوية والعلاجات... الخ"<sup>2</sup>

يشير هذا التعريف إلى أنّ الخدمات الصحيّة هي مساعي الدولة للرفع من مستوى صحة المواطنين من خلال التطعيم، والماء الشروب والغذاء الجيد وتوفير الأدوية عند المرضى.

## 2 - أنواع الخدمات الصحيّة:

تصنف الخدمات الصحيّة حسب طبيعتها وميادينها إلى ثلاثة أنواع رئيسية التي تحوي بدورها على أنواع من التخصصات:

- ← الخدمات الباطنية سواء كانت وقائية أو علاجية، مثل الطب العام، طب الأطفال.
- ← الخدمات الجراحية أو الطب الجراحي، مثل جراحة العيون، جراحة الأسنان.
- ← الخدمات الطبية أو الطبية المساعدة، مثل الخدمات التمريضية<sup>3</sup> أما إذا صنفناها حسب معيار متلقي الخدمة فنجد:

← الخدمات الصحيّة الشخصية: هي التي تقدم للفرد من طرف الطبيب أو المؤهلين للتشخيص والعلاج والرعاية الشخصية، يشمل هذا الصنف من الخدمات خدمات الرعاية الخارجية التي لا تشمل على أي رعاية إيوائية للمستفيدين، خدمات الرعاية الداخلية التي تحتوي خدمات إيوائية أو استشفائية.

1 - مريزق محمد عدمان، مداخل الإدارة المحلية الصحيّة، ط 1، عمان: دار الراية، 2012، ص 35.

2 - صلاح محمود نياي، إدارة خدمات الرعاية الصحيّة، ط 1، عمان: دار الفكر، 2010، ص 168.

3 - عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحيّة، مفاهيم، نظريات وأساسيات في الإدارة الصحيّة، ط 1، عمان: دار حامد للنشر، 2004، ص، ص 90، 91.

← خدمات الصّحة العامة التي تستهدف حماية صّحة المواطنين والارتقاء بها وتتولى عادة الدولة تقديمها 1.

أما إذا صنفناها حسب مقدم الخدمة فنجد:

← الخدمات الفردية والخاصة بالطبيب مثل الفحص المباشر أو السريري والتشخيص الأولي للمرضى ثم علاجه وهذه خدمات مباشرة من الطبيب للمريض، إذن هذه الخدمة تقدم من طبيب واحد يستفيد منها مريض واحد.

← الخدمات الجماعية والخاصة بأعضاء النسق الطبي المرافقين والمساعدين للطبيب مثل خدمات التمريض والأشعة والعلاجي الطبيعي والمختبرات والسجل الطبي والتغذية الأخصائي الاجتماعي... 2.

### 3- مستويات الخدمة الصحيّة:

إنّ في أي نظام صحي هناك أربعة مستويات من الرعاية الصحيّة وتبدأ مسؤولية الرعاية الصحيّة تتحمل الأسرة مسؤولية حماية ورعاية أفرادها في الأمور وقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليها والتي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ويرتبط الوعي الصحي في الأسر بالمستوى الثقافي والاجتماعي لكل أسرة.

1 - طلال بن عابد الاحمدي، إدارة الرعاية الصحيّة، الرياض: الإدارة العامة للنشر والتوزيع، 2004، ص، ص 25، 26.  
2 - قدري الشيخ علي، وآخرون، مرجع سابق، ص 117.

## أ- مستوى الرعاية الصحيّة الأوليّة:

تعرف منظمة الصحة العالمية OMS الرعاية الصحيّة الأوليّة وهذا بعد مؤتمر آما- آتا على أنّها "الرعاية الصحيّة الأساسيّة القائمة على وسائل علمية وعملية ومقبولة إجتماعيا والتي يقدمها الجهاز الصحي لكافة أفراد المجتمع وعائلاته ومشاركتهم الكاملة على أنّ تتناسب المجتمعات والحكومات التي تطبقها من حيث التكلفة، بحيث تحافظ على تطورها في كل مرحلة مراحلها، مع مراعاة الإعتماد على الذات وتحديد المشاكل الصحيّة الخاصة<sup>1</sup> يؤكد هذا التعريف على أنّ الرعاية الصحيّة الأوليّة تكون نابعة من المجتمع وتغطي معظم فئاته، وأن تكون وفق معايير علمية ووفق ما يتطلبه المجتمع المحلي ومشاركته.

ويتم في هذا المستوى تقديم الخدمات في الغالب بواسطة الأطباء العاملين في المراكز الصحيّة والمستوصفات والعيادات وتشمل هذه الخدمات نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي والتماس الأول مع المرضى الذين يطلبون الخدمة ويعتبر هذا المستوى على درجة كبيرة من الأهمية نظرا لأنّ الغالبية العظمى من الحالات المرضية في هذا المستوى لا يتطلب خدمة الأطباء الأخصائيين وبالتالي يمكن تقليل تدفق المرضى وتخفيف الإزدحام على العيادات التخصصية<sup>2</sup>.

وجدير بالذكر بأنّه في هذا المستوى تقدم الخدمات الصحيّة الأوليّة أيضا من طرف مساعدين طبيين والمرضى، وهذا بعد تلقيهم تدريب مناسب وهذا الذي نجده في بعض الوحدات الصحيّة وخصوصا في الأرياف.

لضمان النجاح لهذا المستوى لكونه الركيزة الأساسيّة للخدمات الصحيّة فعلى أفراد الفريق الطبي أن يتفهموا المجتمع الذي يعملون فيه عن طريق إجراء إتصالات مختلفة بمشاركة المواطنين في تحديد المشاكل الصحيّة وتعريفها ووضع الحلول المناسبة لها.

- العمل بفعالية داخل المجتمع، على مستويات مختلفة، وليس على مستوى العيادة فقط.

<sup>1</sup> -http // www . dha . gov . ae / ar / sectors directorates primary health care , aspx . 25 . 11 . 2019 .

<sup>2</sup> - فريد توفيق نصيرات ، مرجع سابق ، 2008 ، ص 73 .



- ومن أجل فهم المجتمع وفي سبيل تلبية إحتياجاته على أفضل وجه ممكن فإنه يتوجب على الفريق الصحي إتباع الخطوات التالية:
- \* الإستماع إلى آراء الناس فيما يتعلق بالخدمات الصحيّة ودراسة تلك الآراء وفهمها جيدا.
- \* التحدث إلى الناس ومناقشتهم فيما يتعلق بالخدمات وإتخاذ القرار السليم.
- \* تشجيع الناس وتنظيم، للإفادة من مشاركتهم في تقديم الخدمات لتحديد المهم والأهم1 ويتضمن تقديم الخدمات التالية للمواطنين2:
- رعاية الأمومة والطفولة.
- طب الأطفال والصّحة المدرسية.
- مكافحة الأمراض السارية.
- صّحة البيئة وتحسينها.
- صّحة الأسنان الوقائية والعلاجية.
- صّحة العيون.
- الإرشاد والتثقيف الصحي والاجتماعي.
- الفحص السريري والمعالجة الدوائية .
- الفحص الجراحي والمداخلة الجراحية البسيطة.
- الإحصاء الجراحي في كافة الفروع أعلاه.
- ويتم تقديم هذه الخدمات وفق الشروط التالية3:
- عدالة التوزيع.
- التقنية المناسبة.
- التنسيق مع الجهات ذات العلاقة بالرعاية من الجهاز الصحي وخارجه.
- مشاركة المجتمع.

1 - أمين مزاهرة، وآخرون، علم اجتماع الصحة، ط1، عمان: دار اليازوري، 2003، ص 37.

2 - عبد المجيد الشاعر، وآخرون، مرجع سابق، ص88.

3 - w.w.w. Wikipedia .com , consulter, le: 03.05.2019 a21 , 45h الرعاية الصحية الأولية

ب - خدمات الرعاية الطبية الثانوية: والممثلة في تقديم العلاج الدوائي والجراحي للمرضى والممولين في المستوى الأول، وتقويمهم في المستشفى والمراكز الطبية في مجالات الطب الرئيسية، وهي الجراحة العامة والباطنية والنسائية والتوليد والأطفال<sup>1</sup>.

ج - خدمات الرعاية الصحيّة الثالثة: وهي الخدمات الصحية المتطورة والتخصصية وهي على درجة عالية من التخصص الدقيق مثل خدمات أمراض وجراحة الأعصاب، وأمراض وجراحة القلب والجراحات التجميلية وغيرها من التخصصات الدقيقة وعادة ما يتم التعامل في هذا المستوى مع حالات محولة من المستوى الثاني<sup>2</sup>.

د - خدمات الرعاية الطبية الرابعة أو التأهيلية: وتشمل خدمات كبار الأطباء والمستشارين من ذوي التخصصات العالية والخبرات العملية والمهارات المميزة والتوجهات العلمية والبحثية وعادة ما يتم توفير هذه الخدمات من خلال مراكز صحيّة على المستوى الوطني أو الإقليمي نظرا لكون هذه الخدمات تطلب من قبل عدد محدود من السكان إضافة إلى تكلفتها العالية.

#### 4- ضوابط و كفايات الخدمات الصحيّة ومقوماتها:

لتقديم خدمات صحية مقبولة ومتميزة يجب أن تتوفر على مقومات أساسية ونقابات خاصة<sup>3</sup>

#### أ - الكفاية الكمية:

وهي أن يتم توفير خدمات صحية تكفي أفراد المجتمع في مختلف المناطق الجغرافية وفي نفس الوقت يتم توفير جميع أنواع الخدمات الصحيّة:

☐ توفير عدد كاف من الطاقم البشري المقدم للخدمة الصحيّة بحيث يكون عددهم كافيا لتقديم هذه الخدمات ويشمل ذلك المتخصصين في المجالات الطبية التالية:

الأطباء، الممرضين، القابلات، الجراحين، التخدير والإنعاش، الأشعة، المخبريين، السجل الطبي... الخ.

1 - صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 171.

2 - فريد نصيرات، مرجع سابق، ص 74.

3 - انظر: - قدرى شيخ علي، مرجع سابق، ص، ص 118 - 110.

- فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص، ص 75، 82.

- ايمن مناصرة وآخرون، الصحة والسلامة العامة، ط 1، عمان: دار الشروق للنشر، 2000، ص 72.

☒ - الكفاية الكمية لإعداد وحجم المؤسسات الصحيّة وتشمل : المراكز الصحيّة الأولية والشاملة، المستشفيات، المراكز الطبيّة المتخصصة، الصيدليات، المختبرات بنوك الدم مراكز الأشعة، مراكز الأمومة والطفولة... الخ.

☒ - أن تكون الخدمات الصحيّة سهلة المنال، بمعنى أن يستطيع المواطنين الوصول إلى هذه الخدمات بسهولة وسير المواصلات وفي نفس الوقت الوصول الى الخدمات من حيث التكلفة، أي أن يكون لدى الأفراد القدرة الماليّة على تغطية تكاليف حصولهم على الخدمات الصحيّة.

☒ - توفير الخدمات الصحيّة في هذه الأماكن على مدار 24/24 سا دون انقطاع.

☒ - مراعاة تغطية الخدمات الأساسيّة بشكل مجاني أو إجباري لبعض المواطنين في ضوء بعض الظروف الخاصّة بهم.

☒ - مراعاة الكثافة السكانيّة والطبيعيّة المرضيّة لكل منطقة جغرافيّة.

☒ - تقديم الخدمات الصحيّة بكمية ونوعيّة مناسبة ومنسجمة مع القيم والعادات والتقاليد لذلك المجتمع.

☒ - أن تكون الخدمات الصحيّة شاملة والشموليّة تعني تقديم الخدمات لكافة المواطنين بغض النظر عن المتغيرات الديموغرافيّة لكافة المناطق الجغرافيّة والشموليّة تعني أيضا توفير جميع مستويات الخدمات الصحيّة الممكن تقديمها وتوفيرها في ضوء الإمكانيات المتاحة.

#### ب - الكفاية النوعيّة:

لا يكفي لتوفير الخدمات الصحيّة زيادة عدد أعضاء التنسيق الطبي أو الوحدات الصحيّة بل يجب أن تتصف هذه الخدمات بالنوعيّة الجيدة وبكفاءة متقدمة ومقدرة عالية وإمام جيد بخبرة مناسبة من جميع النواحي العلميّة والأكاديميّة والعملية وتشمل على:

☒ - وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل من يمتن بمهنة الطبيب (الطبيب، الممرض) وكذلك بالنسبة للأدوات والأجهزة، ووسائل العلاج والتشخيص.

☒ - العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي، سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا أو صيدليا أو معالجا، وهذا يعني وضع برامج ثقافيّة علمية لرفع

مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاكتشافات والعلاجات الطبية، وكذلك وضع برامج تنشيطية بصفة دورية لتأهيل وإعادة تنشيط وتجديد معلوماتهم النظرية والعلمية، بحيث تكون هذه الدورات إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة.

☒ - رفع مستوى وكفاءة الشؤون الخدماتية المساندة للرعاية الطبية لتقديم خدمات متميزة وسريعة وشاملة ومتطورة.

☒ - تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الصحيّة.

☒ - تحسين وتطوير العلاقة بين النسق الطبي والمجتمع وبين العاملين في النسق الطبي أنفسهم لتكون العلاقة ايجابية حضارية مبنية على الاحترام والتقدير.

☒ - التعاون والبناء المستمر الايجابي ما بين المؤسسات الصحيّة والعاملين في النسق الطبي مع المؤسسات والجمعيات والمنظمات المساندة للخدمات الصحيّة.

☒ - التركيز على التكنولوجيا المتطورة الحديثة من حيث المرجعية والاستعمال والاستخدام والاستفادة من خدماتها (الانترنت، الحواسيب، الإعلام المسموع والمرئي...).

#### خامسا : سوسيولوجيا جودة الخدمات الصحيّة:

مع أنّ جميع الناس يتفقون على الإهتمام بجودة الخدمات و المنتجات إلا أنّه لا يوجد اتفاق بينهم على تعريف الجودة، فهي مثل "الحرية" و "العدل" مفهوم فضفاض يصعب تحديده كما أنّه لا يوجد اتفاق على كيفية قياسه، و سبب ذلك أنّ الجودة لا توجد بمعزل عن سياق استعمالها، و الأحكام تختلف حسب المنظور الشخصي، الذي يطلب منه الحكم عليها و حسب الغرض عن استخدام الحكم<sup>1</sup>.

و عموما يرجع مفهوم الجودة (quality) إلى الكلمة اللاتينية (qualitas) و التي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء و درجة الصلابة، و قدما كانت تعني الدقة و الإتقان من خلال قيامهم بتضييع الآثار و الأوابد التاريخية و الدينية من تماثيل و قلاع و قصور بغرض التفاخر بها، أو لاستخدامها لغرض الحماية<sup>2</sup>.

1 - سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيات، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في الصناعة و التعليم ، ط1، عمان : دار صفاء للنشر، 2007 ، ص 15.

2- مأمون سليمان دراكة، إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء ، ط1 عمان: دار صفاء للنشر، 2008، ص، ص 15-16.

تشتق صفة الجودة من كلمة جاد، و تعبر عن كون الشيء جيدا، و عندما يقال جاد المتاع و جاد العمل فهو يعبر أنّه جيد، و جاد الشيء أي صار جيدا، و أجاد الإنسان بشيء يعني أنّه آثر بالجيد، فالجودة هي مصدر من أصل لفظ (جاد).  
الجودة من أجاد وأتى بالجيد من قول أو عمل، و أجاد الشيء: صيره جيدا، و الجيد يعني نقيض الرديء، و جاد الشيء جودة بمعنى صار جيدا 1.

### 1- مفهوم جودة الخدمة الصحيّة:

إنّ المتتبع لفكرة جودة الخدمة الصحيّة سيلاحظ أنّ الاهتمام بهذه الفكرة قديم قدم الخدمة الصحيّة التي هي امتداد للتاريخ البشري، ففي بابل القديمة في عصر الملك حمورابي كانت للجودة الصحيّة أهمية بالغة فقد كان الطبيب الذي يقترف أخطاء يتعرض للعصا و ذلك بتطبيق قاعدة ( السن بالسن والعين بالعين ) وكذلك الحال في كل الحضارات، فقد بلغت أوجّها في العصر الإسلامي لما أدخله النبي محمد صلى الله عليه وسلم من أفكار جديدة ومن تعاليمه السامية قوله " **إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ إِذَا عَمِلَ أَحَدُكُمْ عَمَلًا أَنْ يُتَّقِنَهُ**"<sup>2</sup>، وفي العصر الحديث تعتبر دراسة فلورنس ننتغل **Florance Nightingal** الممرضة البريطانيّة 1860، إذ إشتل نظامها الإصلاحي لتحسين الجودة على النظافة والصحة العامة وتحسين نظم التغذية ووضع أسس تنظيمية للإجراءات اليومية للمستشفى. فقد أدى مجهودها إلى خفض معدل الوفيات بين الجنود الجرحى أثناء إحدى أشد الحروب الأوروبيّة دموية، بإدخالها ممارسات التمريض الحديثة في رعاية المرضى ثم تحول الاهتمام من تحسين النتيجة إلى الاهتمام بالبنية، ففي عام 1910 قام الطبيب الأمريكي (فليكسنر **Flexnor**) بنشر تقريره حول تقييم وضع التعليم الطبي في كليات الطب الأمر الذي مهد الطريق لمزيد من الاهتمام بتحسين تعليم الرعاية الصحيّة، وتحسين تدريب العاملين بها<sup>3</sup>.

وفي عام 1915 طورت الكلية الأمريكيّة للجراحين برنامجا لمعايير معينة على أداء المنشآت الصحيّة، وقد اشتمل هذا البرنامج على معايير خمسة:

1 - نزار عبد المجيد البروراي، لحسن عبد الله باشوية، إدارة الجودة مدخل للميز مفاهيم و أسس، عمان: مؤسسة الورق للنشر، بدون تاريخ، ص 137.  
2 رواه مسلم.  
3 - مريزق محمد عدنان، مرجع سابق، ص 52.

- 1 - التأكيد على أهمية تنظيم الأفراد؛
  - 2 - التأكيد على أهمية الاجتماعات الشهرية؛
  - 3 - التأكيد على أهمية التدقيق في السجلات الطبية؛
  - 4 - التأكيد على أهمية الإشراف الفعّال الكفاء؛
  - 5 - التأكيد على أهمية اعتماد الأطباء و إجازاتهم المهنية للقيام بممارسة مهنة الطب؛
- وفي عام 1952 أنشئت اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات و التي أعيد تسميتها لاحقاً، و أصبحت تعرف باسم اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية **JCAHO**. و قد ساهم مفهومي الاعتماد و الشفاء على تطور عملية الجودة، و قد تراوح مفهوم الجودة الصحيّة بين التركيز على البنية إلى تركيز على معايير المتعلقة بالعمليات و في السنوات الأخيرة أي في الثمانينات عاد الاهتمام بجودة النتائج<sup>1</sup>، وهذا ما جاء به (دونابيديان) **Avedis donabedian** في سنة 1960 بنموذجه المتكامل لجودة الخدمة الصحيّة وتوصل إلى أن الحكم على الجودة يتم من خلال المكونات الثلاثة للنظام أو ما يسمى بمقاربة الثلاثة مراحل :

- المدخلات **Structures**: الموارد البشرية، والمالية، أو البنية و الموارد البشرية أي مختلف الوسائل المادية البشرية التي تسمح للمنظمة الصحيّة لأداء دورها المنوط بها على أكمل وجه.

- العمليات **les Processus**: و هي خصائص الخدمة ذاتها، و تصنف بمختلف النشاطات المنتجة من طرف المعالج ( مؤسسة، فرد ).

- النشاطات السريرية المباشرة كإجراء عملية جراحية.
- النشاطات العيادية غير مباشرة، كإجراء تحليل الدم، الأشعة.
- النشاطات غير عيادية: و التي لها علاقة بالعلاج أو بالخدمة الصحيّة يعني أنها تكون مرتبطة بالمنظمة لتحقيق الخدمة الصحيّة في ظروف جيد كصيانة العتاد الطبي، النشاطات الإدارية.

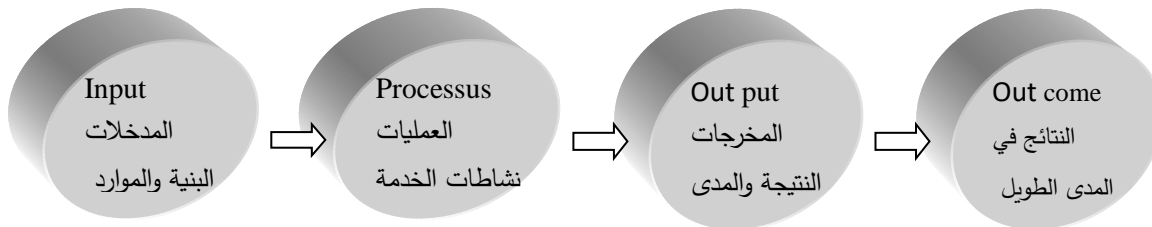
- النتيجة: وتتمثل في الحالة النهائية للمريض أو المجتمع وهذا بعد إجراء هذه النشاطات

( نسبة الوفيات، نسبة الشفاء، مقدار الرضا عن الخدمات المقدمة ).

1 - مريزق محمد عدنان، المرجع السابق، ص 54.

ليتوصل في الأخير Donabediau إلى إعطاء تعريف للجودة الخدمة وهذا وفقا لنموذجه " صفة الرعاية التي يتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحيّة بعد أن يأخذ في الحسبان بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها" وقبل الولوج لإعطاء مجموع التعاريف المقترحة من طرف العلماء والمنظمات العالمية لجودة الخدمة الصحيّة، فإنّه ينبغي أن نفرق بين مفهومين:

الشكل رقم (08): نموذج دونا بيدون لجودة الخدمة الصحية



Source: Cloude vilcent et hervé lecelet , op , cit ,P2

**الرعاية الطبيّة:** ينصب تركيز الرعاية الطبيّة على مراجعة الباثولوجية (المرضية) وتتضمن التشخيص المبكر وإعادة التأهيل الطبيعي وذلك عند الحاجة، ولذا فهي تركز على المرض والملاحح الطبيّة لعمليات الرعاية.

**الرعاية الصحيّة:** تذهب الرعاية الصحيّة إلى ما هو أبعد لأنها تشمل أنشطة المنع رعاية المريض، الرعاية الطبيّة، إعادة التأهيل الاجتماعي، فالرعاية الصحيّة تركز على جودة الحياة بصفة عامة<sup>1</sup>.

لقد عرفت منظمة الصّحة العالمية OMS جودة الخدمات الصحيّة بأنّها " التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية"<sup>2</sup>.

1 - مريزق محمد عدنان، مرجع سابق، ص 54 .

2 - كحيلة نبيلة، " تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحيّة"، (رسالة ماجستير)، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009، ص 89.

- أما الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحيّة الأمريكية **JCAHO** فتعرف جودة الخدمات الصحيّة " درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة، ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة " 1 .
- المعهد الطبي الأمريكي **AMA** 1984 فيعرفها على أنّها " مستوى تقديم الرعاية من طرف المؤسسات الاستشفائية من أجل:
- الرفع من النتائج المحتملة المنتظرة من طرف الفرد والمجتمع.
- موازنة هذه النتائج مع الإمكانيات والمعرفة الحديثة.2.
- كل التعاريف السابقة والمسندة إلى منظمات عالمية فهي تعرف الجودة الصحيّة بمنظور شامل وتتفق في كون الجودة الصحيّة هي التي تتوافق ومعايير المهنة أي تتماشى ما وصلت إليه العلوم الطبية في الوقت الراهن.
- ويعرفها ( **Lée et Jones** ) " تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحيّة الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حالات السكان "3.
- وعرفها ( **AL et SULEK** ) " تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحيّة المقدمة وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما يتوقعه "4.
- وتعرف أيضا على أنّها "جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض، أو هي الرعاية التي تقدم للمريض، والتي تتضمن فحصه وتشخيص مرضه والحاقة بإحدى المؤسسات الصحيّة وتقديم الدواء اللازم لعلاجها والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته " 5.

1 - عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات والمفاهيم والتطبيقات، القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003، ص187.

2 - . Cloud Vilcot et Hervé Leclét , op , cit , p 15 .

3- implantation,evaluation,accreditation,edition maloine,1999,P24.,A. Jaquerye , La Qualité des Soins infirmier

4 - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحيّة، عمان: دار البازوري، 2005، ص 199 .

5 - عدنان مريزق، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية " (رسالة دكتوراه ) ، كلية العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر ، 2008 ، ص 36 .



تلخص التعاريف السابقة والمسندة إلى أهل الاختصاص إلى كون الجودة مرتبطة برضا المريض وتلبية حاجياته، ولذلك نورد التعريف التالي والذي يعطي ما مدى اختلاف الفئات المقدمة للخدمة في تعريفها لجودة الخدمة المقدمة الصحيّة كل حسب موقعه في المنظمة:

✽ **الجودة من المنظور المهني الطبي:** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحيّة، الخبرات ونوعيتها، الخدمة الصحيّة المقدمة<sup>1</sup>.

✽ **الجودة من منظور المريض:** قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتاجها النهائية، و هنا لا يكفي التركيز على فرض التشريعات التي تبنى على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلى حاجة و رغبة و طموح و آمال المستفيد النهائي ككل، و عموماً تعني<sup>2</sup> للمريض معاملته باحترام و اهتمام و تعاطف و تفهم من قبل كافة العناصر البشرية التي يتصل بها بشكل مباشر أو غير مباشر أثناء تواجده في المستشفى.

✽ **الجودة من المنظور الإداري<sup>3</sup>:** توافر أفضل العناصر البشرية و المادية اللازمة لتقديم الخدمة و قيام الأطباء و مزودي هذه الخدمات بالتقييم المستمر لخدماتهم و تدريب و تعليم العناصر البشرية العاملة في المنظمة لضمان التحسين المستمر لهذه الخدمات

## 2- أهداف جودة الخدمات الصحيّة:

- العمل في مجال الصّحة يرتبط بالبشر، ويؤثر مستوى جودة هذه الخدمات بشكل واضح ومباشر في حياتهم، فحدوث أخطاء طبية في الخدمات المقدمة لهم قد يؤدي إلى عواقب وخيمة كالوفاة أو العجز الجزئي أو الكلي أو الإعاقة<sup>4</sup>.
- تنامي وعي المرض لحقوقهم في الحصول على جودة عالية من الخدمات الصحيّة بحيث أنّ هذا الإدراك يؤثر في المفاضلة بين المؤسسات الصحيّة عند الحاجة إليها<sup>5</sup>.

1 - عدمان مريزق، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية "، مرجع السابق، ص 36 .  
 2 - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحيّة، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2008، ص231.  
 3 - سعيدان رشيد، "دور التسيير الاستراتيجي للمواد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية"، (رسالة ماجستير)، كلية العلوم الاقتصادية جامعة ابوبكر بلقايد تلمسان، 2011، ص 124.  
 4 - عبد اللطيف مصلح عايض، " القيادة الادارية في مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا في تطبيق TQM فيها"، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، اليمن، العدد 11، 2013، ص 106.  
 5 - وفاء علا سلطان، " أبعاد جودة الخدمات الصحيّة من وجهة نظر المستفيدين "، مجلة نصف سنوية، كلية الإدارة و الاقتصاد، العراق، العدد 10، المجلد 05، أيار 2013، ص 75.

- تقديم خدمة صحيّة ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المريض وزيادة ولاءه للمنظمة الصحيّة والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فعّالة لتلك المنظمة.
  - الارتفاع والتصاعد المستمر في تكاليف الخدمات الصحيّة، ونتيجة لهذا الارتفاع المستمر لا بد من الاهتمام بجودة الخدمات المقدمة، بحيث يشعر المريض أن ما يحصل عليه يساوي ما دفعه من سعر مقابل هذه الخدمات.
  - المحافظة على إستمرارية المنظمة من خلال التحسين والتعليم والتدريب والتكيف مع المتغيرات البيئية بشكل مستمر يؤدي إلى بقاء واستمرار المنظمة.
  - تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحيّة الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفعالية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج<sup>1</sup>.
  - تحقيق إنتاجية عالية والتخلص من الإهدار وحل المشكلات وسبل تقويم الأداء وتحسين إدارة الوقت والتخلص من الأساليب الروتينية على إدارة المؤسسة<sup>2</sup>.
  - ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
- 3- أبعاد جودة الخدمة الصحيّة:**

من خلال عرضنا لتعاريف جودة الخدمات الصحيّة لاحظنا الإختلاف بين المنظمات العالمية والإختصاصيين في تقديم تعريف موحد، كما لاحظنا أيضا إختلاف الفئات المتواجدة في المنظمة بتحديدتها لتعريف واحد، وهذا لكون الخدمات الصحيّة لها خاصية اللاموسية، ولذلك يصعب تقييمها أو الإنفاق عليها، ولذلك نجد إختلاف في تحديد أبعاد محددة فباختلاف التعاريف اختلفت أبعاد جودة الخدمات الصحيّة، فقد رأى كل (Swan et Comb) إنّ لجودة الخدمات الصحيّة بعدان أساسيان هما: الجودة المادية والجودة التفاعلية وهي تمثل أداء عملية الخدمات ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمؤسسة مع العملاء<sup>3</sup>.

1 - أكرم احمد طبول، وآخرون، " إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحيّة "، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، ص 08 .

4- www. Ew .asu , edu , jo , consulter le 21 . 02 . 19. A 21 . 5 .

2 - عمرو وصفي عقيلي، مرجع سابق، ص 64.

3 - قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات : مفاهيم وعمليات وتطبيقات، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع ، 2006، ص 92.

وتوصل (Gronroos) إلى أنّ لجودة الخدمة بعدان هما: الجودة الفنية التي تشير إلى المخرجات الفعلية للخدمة، والجودة الوظيفية وهي العلاقات والمعاملات بين العميل ومقدم الخدمة<sup>1</sup>.

وتوصل دونابيديان (Donabedian) إلى ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة الصحيّة:

1 - البعد الفني والذي يتمثل في تطبيق العلم والتكنولوجيا لمشكلة معينة.  
2 - البعد غير الفني وهو عبارة عن التفاعل النفسي والاجتماعي بين مقدم الخدمة والفرد الذي يستخدم الخدمة.

3 - الإمكانيات المادية وهي المكان الذي تؤدي فيه الخدمة.

وهناك من وضعها في ثمانية أبعاد<sup>2</sup>:

- **البعد الأول:** الكفاءة الفنية: ويعني المهارات والقدرات الفنية والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمة الصحيّة والإداريين وكفاءة الكوادر الطبية المساندة، وهي بالنسبة للكوادر الطبية القدرة على الأداء وفق ما توصلت إليه العلوم الطبية الحديث، كما يعكس هذا البعد أيضا توفر الكوادر المقدمة للخدمة الصحيّة ذات كفاءات عالية.

- **البعد الثاني:** سهولة الوصول إلى الخدمات: وهي تعني عدم وجود عوائق جغرافية أو اجتماعية أو مالية أو مؤسسية تحول دون وصول الإنسان المحتاج للخدمة الطبية من الوصول إليها، ويتلخص هذا البعد في:

- القرب المكاني للمؤسسة الصحيّة مع توفر المواصلات إليها.

- التزام النسق الطبي بمواعيده تجاه المواطن.

- تناسب لتسويق الخدمة الصحيّة والقدرة الشرائية للمريض أي تكون الخدمة الصحيّة في متناول المواطن.

- تناسب الخدمة الصحيّة والقيم والتقاليد الإجتماعية السائدة في المجتمع.

- الوصول المؤسسي يعني طبيعة النظام المطبق والمستخدم في المؤسسة الصحيّة لاستقبال المرضى ساعات العمل.

1 - محمد صالح الحناوي، اسماعيل السيد، فضايا إدارية معاصرة ، ط2 ، الاسكندرية : الدار الجامعية ، بدون سنة النشر، ص 169 .  
2 - انظر المرجع: صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحيّة ، ط1، عمان: دار الفكر، 2010، ص، ص 41 - 45 .

- النظام المستخدم للمعالجة والإدخال.
- وضوح الخدمة وأساليب تقديمها.
- توفر جميع الخدمات الصحيّة الضرورية.
- **البعد الثالث: الفعالية والتأثير - ( الإستجابة )**
- وتعني قدرة المستشفى على تلبية الحاجات المستعجلة بشكل سريع دون أن تؤثر هذه السرعة على نوعية الخدمات المقدمة.
- وهي بلوغ أهداف المستشفى التي كان قد سطرها فيما قبل.
- وعادة ما تقاس الفعالية من خلال قسمة النتائج / على / المدخلات وكلما كانت النتيجة عالية كلما كانت الفعالية كبيرة والعكس صحيح.
- **البعد الرابع: العلاقات الجيدة بين الأفراد: التعاطف واللباقة ويشير هذا البعد لمدى تفاهم وتفاعل النسق الطبي والإداري مع المرضى، فنجاح العلاقة بين مقدمي الخدمات والمراجعين تبعث على الثقة والاحترام والاستجابة وتساهم في إنجاح المشورة الطبية واستجابة المرضى للتعليمات الطبية، والعكس يؤدي إلى تدني الخدمة الطبية ويعكس هذا البعد أيضا قدرة النسق الطبي - أطباء ممرضين - على التحدث مع المريض بأسلوب جيد يبعث الأمل والطمأنينة في نفس المريض.**
- ينبغي أن يسود في المؤسسة الصحيّة جو من الاحترام المتبادل والتعامل الحسن الذي يستند على الأسس الأخلاقية والتنظيمية، وتوفر هذا المؤشر يتطلب درجة عالية من الولاء لدى العاملين جميعا في المؤسسة<sup>1</sup>.
- **البعد الخامس: الكفاءة باستخدام الموارد - الاعتمادية -**
- وهي درجة ثقة المريض في المستشفى ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها، ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المستشفى على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة، وبدرجة عالية من الدقة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على الخدمة تتلخص فيما يلي<sup>2</sup>:

1 - سوسن شاكر، محمد عواد الزيادات ، الجودة الشاملة والاعتماد الاكاديمي لمؤسسات التعليم العام الجامعي ، ط 1 ، الاردن : دار صفاء للنشر ، 2008 ، ص 28 .

2 - مريزق محمد عدنان ، مرجع سابق ، ص 59 .

- الوفاء في تقديم الخدمة في الموعد المحدد.
- الحرص المخلص على حل مشكلة المريض.
- أداء الخدمة بدقة ودون أخطاء في التشخيص.
- تكامل الخدمة وتوافر التخصصات.
- الثقة في النسق الطبي وكفاءتهم وشهرتهم.

**- البعد السادس - الاستمرارية -**: ويقصد بها تقديم جميع الخدمات الطبية الضرورية، دون انقطاع وبشكل مستمر، على أن يصمم هذه الخدمات على أساس مبدأ الاستمرارية، وتعني أيضا مراجعة المريض الواحد نفس الطبيب دائما، وبذلك يكون الطبيب على معرفة تامة بالسيرة المرضية لذلك المريض وأن تتوفر السجلات الطبية التي تسهل لمقدم الخدمة التعرف على التاريخ الصحي للمريض وهذا يعني إذا تغير من يتابع حالة المريض يمكن لمعالج جديد أن يعرف حالته من خلال السجلات الطبية وبالتالي متابعة علاجه، وتعتبر الاستمرارية ضرورية وانقطاعها يعرض الرعاية الصحية للخطر وتدني مستوى الجودة، مما يؤدي إلى سوء فهم العلاقة بين الطبيب والمريض.

**- البعد السابع: الأمن والسلامة الصحيّة:** تعني التقليل من أخطار التعرض للإصابات والالتهابات كذلك الأعراض الجانبية أو أي أخطار متعلقة بالخدمات الطبية وتشمل هذه الإجراءات المريض، والطبيب وكافة أعضاء مقدمي الخدمة، وهي تعني أيضا شعور المريض بالأمن والحماية على حياته أثناء وجوده بالمستشفى.

**- البعد الثامن: الإمكانيات المادية للمستشفى:** - المحيط المادي - يشير هذا البعد إلى مباني المستشفى ومعداتها وأجهزتها والإمكانيات والتسهيلات المادية الأخرى، وموقع المستشفى ومظهره من الداخل ومن الخارج وحالة ديكوريه ومدى توافر أماكن انتظار السيارات، ومظهر الأطباء والممرضين والإداريين والعاملين.

ويلخصها ثامر البكري في خمسة أبعاد يوجزها في الجدول التالي:

## أبعاد جودة الخدمات الصحية:

الأمثلة	معايير التقييم	البعد
<ul style="list-style-type: none"> <li>- له ثقة بان حياته بين أيدي أمينة</li> <li>- التزام النسق الطبي بالمواعيد المحددة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى</li> <li>- المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية</li> </ul>	الاعتمادية
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تلبية حاجة المريض عند نداءه للمرض آنية</li> <li>- غرفة العمليات جاهزة في أي لحظة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقديم خدمات علاجية فورية .</li> <li>- استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية</li> <li>- العمل على مدار ساعات اليوم .</li> </ul>	الاستجابة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- المعاملة الطبية للمرضى من قبل النسق الطبي</li> <li>- تدريب ومهارة عالية في الأداء</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سمعة ومكانة المستشفى عالية</li> <li>- المعرفة والمهارات المتميزة للأطباء والطاقم التمريضي</li> <li>- الصفات الشخصية للعاملين</li> </ul>	الضمان
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض</li> <li>- النظر للمريض بأنه دائما على حق</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اهتمام شخصي بالمريض</li> <li>- الإصغاء الكامل لشكاوي المريض</li> <li>- تلبية احتياجات المريض بروح من الود واللفظ</li> </ul>	التعاطف
<ul style="list-style-type: none"> <li>- نظافة عيادة الطبيب وكونها ذات مظهر .....</li> <li>- نوعية الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج</li> <li>- المنظر الخارجي لمقدمي الخدمة</li> <li>- أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة</li> </ul>	الملموسية

المصدر: ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 213 .

## 4- تقييم و قياس جودة الخدمات الصحيّة :

يعد مفهوم جودة الخدمة الصحيّة مفهوما مركبا وصعب قياسه من خلال وسائل بسيطة أو عادية، لذلك تعددت وتواصلت الأبحاث والدراسات التي تستهدف للوقوف على قياس جودة الخدمات ككل وجودة الخدمات الصحيّة بالخصوص، وإجمالا فإنّه يوجد عنصران أساسيان تقاس بهما جودة الخدمات الصحيّة:

أ - **العنصر التقني:** ويتعلق الأمر بتطبيق المعارف والمعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم الصحيّة في معالجة المشكلات الصحيّة، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحيّة للمريض دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها.

ب - **العنصر الإنساني:** ويتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمات الصحيّة والمرضى وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام ووفق موقف المرضى بشكل خاص وتقاس الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحيّة لتوقعات واحتياجات المرضى من الناحية الطبية وأيضا من حيث مستلزمات الراحة والمتعة في الإقامة مثل توفر غرف الانتظار المريحة، نظافة أماكن الإقامة، الغذاء الجيد.

يتبين أنّ جودة الخدمات الصحيّة لها جانبين، جانب فني يتعلق بتطبيق العلم والتقنية والطبية وجانب إنساني يتعلق بمقدمي الخدمات الصحيّة وتعاملهم مع المرضى والعمل على إتباع وتلبية حاجاتهم ومتطلباتهم.

ومن خلال ما تقدم يمكن القول بأن هناك نوعين من المقاييس المستخدمة لقياس جودة الخدمات الصحيّة.

1- **مقاييس إحصائية:** وتسمى أيضا مقاييس موضوعية وتبنى على حقائق وأرقام لا تتدخل فيها وجهات النظر أو آراء شخصية مثل معدل الوفيات، أو معدل مكافحة العدوى أو نسبة الممرضين للأطباء، أو نسبة الأطباء للمرضى، عدد حالات دخول المرضى للمستشفى خلال 48 ساعة.

2- **مقاييس اتجاه المرضى:** وتسمى أيضا مقاييس غير موضوعية وهي مبنية على أحاسيس المرضى اتجاه الرعاية التي يتلقونها، فقد رأى كل من (Berry و Zeithmal و Parasurman) أن المؤسسات الخدمية هي بحاجة لمعرفة عملائها من خلال أبحاث تركز على توقعات ومفاهيم هؤلاء العملاء بجودة الخدمة، وبأنها قابلة للقياس بالرغم من غياب عنصر الملموسية، التي تجعل من قياسها غاية بالصعوبة مقارنة بالسلع المادية.

لقد حدد (Zeithaml 2006) ثلاثة مستويات من التوقعات تقارن بها الجودة كما يلي:

- المستوى المرغوب للخدمة: وهو المستوى الذي يعكس رغبة ما يريده العملاء من الخدمة.  
- المستوى الكافي للخدمة: وهو المستوى الذي لا يمانع العملاء من قبوله ويرضون بما يقدم لهم.

- المستوى المتوقع للخدمة: وهو ما يعتقدون انه على الأرجح أن يتم فعليا.

فهذه المقاييس التي تعتمد على آراء المرضى، التي تمد الإدارة بمعلومات إضافية حول مستوى الرعاية الصحيّة، ولا يمكن الحصول على هذه المعلومات الإضافية من خلال التقارير الإحصائية الدورية، فهذه الإستبيانات هي إحدى الوسائل المتبعة في هذا المجال حيث تساعد على معرفة رغبات المرضى وإقتراحاتهم .

ورغم أهمية هذه المقاييس يفضل أن لا تتخذ وحدها لتقويم جودة الخدمات المقدمة لأنها قد تؤدي إلى نتائج عكسية.

وهناك خمسة مقاييس لقياس إتجاه المرضى:

أ - **مقياس عدد الشكاوي:** يمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياسا هاما يعبر عن المستوى الذي وصلت اليه الخدمة الصحيّة من التدني وعلى القائمين عليها تدارك النقائص وحل المشاكل واتخاذ القرارات المناسبة وتحسين والتدريب والتعليم المستمر 1.

1 - قاسم نايف عنوان المحيوي، مرجع سابق ، ص 97 .



- وتجدر الإشارة أن العملاء ينقسمون من حيث الشكاوي إلى 1:
- العميل الصامت: بشكل عام هذا العميل لا يشتكي بغض النظر عن معاناته من الأخطاء وينبغي العمل على إغرائه من أجل تقديم الشكوى.
  - العميل دائم الشكوى: يشكو دائما بحق أو بغير حق، ولا يكون راضيا أبدا عن الخدمة وهناك دائما من وجهة نظره أخطاء.
  - العميل الموضوعي: هذا العميل لا يشكو إلا إذا كان هناك مبررا لشكواه، فهو يهتم بالنتائج وحل المشاكل ولا تهمة الأعدار.
  - العميل المستقل: يهدف إلى الحصول على مزايا إضافية من تقديم شكواه، فهدفه الرئيسي ليس حل المشاكل.
- ب - مقياس الرضا:** وهو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات المرضى نحو الخدمات المقدمة وخاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات وذلك بتوجيه استبانة يجيبون عنها والتي تكشف للمنظمة مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة، كما تسمح لهم بتصحيح مسارات الإنحراف.
- ج - مقياس الفجوة:** يعتمد هذا المقياس على مقياس **SERVQUAL** يوزع للمرضى على مرحلتين، قبل وبعد الحصول على الخدمة، فالأولى لقياس الجودة المتوقعة والثانية لقياس الجودة المدركة، ثم يتم مقارنة بين المتوقع والمدرك لتحديد الفجوات (**GAPS**) والتي تعبر عن درجة رضا المريض.
- وهناك مقاييس أخرى تحاكي المقاييس السابقة التي أوردناها بشكل عام وللفادة فإننا نوجزها كما يلي.
- د - مقياس الأداء الفعلي:** يعتمد هذا المقياس على إدراكات المريض والذي يعني إستبعاد المتوقع بمعنى معرفة الأداء الفعلي أي الموجود في الواقع.
  - هـ - مقياس القيمة:** ويرتبط هذا المقياس بالمنفعة المدركة وعلاقتها بقيمتها أي بسعرها وبالتالي المؤسسة تسهر على زيادة الخدمات المدركة حتى تحقق هامش ربحي لها، وهذا

المقياس يدفع بالمؤسسات الصحيّة إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمات مميزة للمرضى بأقل تكلفة ممكنة.

#### و- قياس الجودة المهنية:

ويعتمد هذا المقياس على قدرة المنظمة في استخدام مواردها على أحسن وجه ونميز ثلاثة أنواع من المقاييس<sup>1</sup>:

- قياس الجودة بدلالة المدخلات: وهو ما تتوافر عليه المنظمة من تجهيزات ومعدات والتسهيلات المستخدمة في تقديم وتزويد الخدمات، ذلك عن طريق منظومة القوانين وهيكل تنظيمي جيد، وهيئة مؤهلة، ويشير الباحثون أن هذا المقياس لوحده غير كافي للقياس.

- قياس الجودة بدلالة العمليات: ويعتمد على قياس المراحل المختلفة لتقديم الخدمة المطلوبة وهذا القياس بدوره غير كافي للقياس.

- قياس الجودة بدلالة المخرجات: وهو مقياس يتعلق بالنتائج النهائية والتي يمكن قياسها من خلال:

\* القياس المقارن: وهو إجراء مقارنات كمية بين المستهدف والأداء الفعلي لاكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تصحيحها.

\* إستقصاء رضا المستفيدين بخصوص الخدمات المقدمة.

\* إستقصاء العاملين في المؤسسة للوقوف على المشاكل التي حالت دون تحقيق

الأداء المنشود.

#### هـ - قياس الجودة من المنظور الشامل:

إنّ كل المقاييس السابق ذكرها تعتبر مقاييس جزئية و لذلك كان من الضرورة التفكير في مقياس يعالج كل الجوانب للوصول إلى مكامن النقص و بالتالي التحسين المستمر و يتضمن هذا المقياس الإحصاء و آراء و اقتراحات المرضى. وكذا وجهة نظر مقدمي الخدمات الصحية مع مقياس المحيط المادي (المباني+ التجهيزات).

1 - قاسم نايف علوان المحياري، مرجع سابق، ص، ص 105-107.

## 5- العوامل المؤثرة في تحقيق جودة الخدمة الصحيّة وسبل مراقبتها

## 5-1- العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحيّة:1:

إنّ تقديم خدمة صحيّة عالية الجودة يعتبر من الأمور الصعبة، و هذا لكون عملية تقديم الخدمة الصحيّة تتم عبر مراحل و من طرف فئات سوسيولوجية مختلفة، فمثلا تأخير تجهيز قاعة العمليات، ضعف الخدمات الفندقية، صفوف الانتظار الطويلة، نفاذ أو محدودية الأدوية، و الذي يؤكد أنه من الصعب على أي منظمة صحيّة أن تضمن تقديم خدمات صحيّة بجودة 100 بالمائة على مدار الوقت، نظرا لتعدد المتغيرات البيئية المحيطة والتي من شأنها أن تؤثر سلبا على ذلك الأداء فعلى إدارة المنظمة الصحيّة العمل مع تتبع العناصر الرئيسية، التي من شأنها أن تؤثر على جودة الخدمات الصحيّة.

أ - تحليل توقعات المرضى: مقدمو الخدمات الصحيّة بحاجة إلى فهم توقعات المرضى وهذا من خلال مقاييس يضعونها لفهم ولمعرفة مستوى رضا المرضى والذي سنورده في المطالب اللاحقة، وتجدر الإشارة أن ننوه بما قدمه الباحثون (Ehuchill، Cowel Teas Lovelock)، على أن هناك أربعة عوامل رئيسية تؤثر على توقعات المرضى وهذه العوامل 2 :

- إتصالات الكلمة المنطوقة: يعتمد الكثير من المرضى أو الزبائن على الإتصال الشفوي الذي يأتي من الزملاء والأقارب والجيران، والتي تؤثر عليهم من اتخاذ القرار للتعامل مع نوع معين من المنظمات الصحيّة.

- الحاجات و التفاصيل الشخصية: وتشير هذه الحاجات إلى المطالب الشخصية للمريض والتي تتحدد وتتأثر بالسمات الشخصية والنفسية والاجتماعية للمريض وكذلك على المنظمات مراعاة ما يريده المريض من شكل المبنى، معاملات الفريق الطبي ومظهرهم...الخ.

1 - ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص، ص 203-211 .  
2 - بشير عباس محمود العلق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، مدخل استراتيجي تطبيقي و وظيفي، عمان: دار زهران، 1999 ، ص، ص 23 ، 24 .

- التجارب السابقة: وهذا العامل يصف ما خاضه المريض من تجارب سابقة مع المنظمات الصحيّة فإن كانت جيدة فإنه يبقى له انطباع جيد والعكس فإنه يتوقع في كل مرة ما حدث له في السابق.

- الإتصالات الخارجية: ويشير هذا إلى ما تستعمله في إتصالها بزبائنّها من عبارات باستخدام العلاقات الإتصالية المختلفة.

ب - **تحديد نوعية الخدمات:** حالما تفهم المؤسسة الصحيّة حاجة المرضى فإنّه يجب أن يضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في تحقيق ذلك المستوى المطلوب من النوعية في الخدمة الصحيّة المقدمة وعادة ما يرتبط ذلك بأداء العاملين والمعدات والأجهزة الطبيّة.

ج- **أداء العاملين:** بعد أن تعلم إدارة المنظمة الصحيّة بمكامن النقص التي تتلقاها من المرضى، فتضع بدورها مجموعة من المعايير لتصحيح انحرافات الخدمة الصحيّة و تلتزم بخدمتها بغية كسب رضا (المستفيد ) المريض، و تضمن ذلك من خلال خدمات الطبيب و الملاك التمريضي و الخدمي المتصل بالمريض بأنّ أدائهم سيكون بالمستوى المناسب و المطلوب، و هذا لكونهم الأكثر اتصالا و قريبا من المريض وتقديم المعلومات المناسبة لإدارة المستشفى، ولا شك أن نظام التقييم للرواتب والحوافز التي تستخدم في المستشفى يلعب دورا كبيرا و مهما في أداء العاملين وهذه الأنظمة المعتمدة في التقييم للمخرجات وما ينعكس عليها من مكافآت مالية تتجاوز باقي المجالات الأخرى الإنسانية الواجبة في الأداء، كما هو العمل بروح الفريق الواحد، الجهد المبذول تجاه المرضى اللطف والأدب في الرد عن استفسارات المرضى، الاستجابة السريعة لطلبات المرضى وتنفيذها... الخ، وفي هذه الحالة لا بد أن يكون لهذه الجوانب أثر مضاف في تحديد مستوى تقييم الحوافز الممنوحة للعاملين ودون أن تخضع لاجتهادات شخصية، بل يمكن الرجوع والعودة إلى استقصاءات آراء المرضى.

د - **إدارة توقعات الخدمة:** إنّ من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى جودة الخدمات الصحيّة المقدمة لهم أو التي ستقدم في فترة لاحقة، ولا بد أن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، وهذا بالارتكاز على1:

1 - هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، ط2، عمان : دار وائل للنشر، 2004، ص 374 .

- إعتقاد أنظمة إتصالات الداخلية الدائمة والفعالة.

- التأكد من أنّ الوعود واقعية.

- التأكيد على عامل الثقة في تقديم الخدمة.

## 5-2- مراقبة جودة الخدمات الصحيّة:

عرّفها (J-M- Juran) " العملية التنظيمية التي يمكن من خلالها قياس الأداء الفعلي للجودة بالمقارنة مع المعايير أو المواصفات المحددة واتخاذ الإجراءات التصحيحية على هذا التباين أو الانحراف"1. فرقابة الجودة في كل تنظيم هي صمام أمان لمعرفة أسباب الفشل وتوصيات للتصحيح باتجاه تحقيق الأهداف المحددة لها سلفا في حدود الإمكان والمعقول. وأصبحت رقابة الجودة في المؤسسة الصحيّة أكثر من ضرورية ولا غنى عنها وخصوصا وأنّ العمل فيها يتميز بـ2:

- الطبيعة غير المرنة للطلب على معظم خدمات الرعاية الصحيّة وعدم خضوعه لقانون العرض والطلب فالطلب على هذه الخدمات في إرتفاع مستمر يفوق ما هو معروض منها دائما.
- تعتمد مؤسسات الرعاية الصحيّة الحديثة في تقديم خدماتها على إمكانيات بشرية هائلة من حيث الحجم والتخصص وإرتفاع التكلفة، فالمعروف على أن هذه المؤسسات هي مؤسسات إنسانية كثيفة العمالة، مما يستلزم رقابة على العنصر البشري، واستخدامه الاستخدام الأمثل.
- الإدخال المستمر للتكنولوجيا الطبية المتقدمة والتطوير المستمر لها قد وفر بدائل عديدة ومختلفة.

1 - سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة في الصناعة والتعليم، ط1، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2007، ص- 211-212.

2 - فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص- ص 211-212.

• إنّ الخلل والخطأ في تقديم خدمات الرعاية الطبية لا يمكن إصلاحه، كما أنّ الطلب على هذه الخدمات لا يحتمل التأجيل والانتظار، وأي خطأ سينعكس مباشرة على صّحة الفرد ويشكل مضاعفات وعواقب خطيرة على حياة الفرد.

أ - رقابة جودة خدمات الأطباء: وتتم هذه الرقابة في المؤسسات الصحيّة الحديثة على:

- التدقيق الطبي: وهو عبارة عن دراسة تاريخية أو استرجاعية للملفات الطبية للمرضى المخرجين من المستشفى للتعرف على مدى جودة الخدمات الطبية التي تلقاها هؤلاء أثناء إقامتهم بالمستشفى.

-مراجعة أطباء زملاء لملفات طبية لمرضى خرجوا من المستشفى لتقييم جودة الرعاية الطبية التي قدمت لهم من طرف أطبائهم المشرفين عليه من كما تستخدم استشارة طبية من طبيب لآخر قبل الإجراء الطبي أو الجراحي أو التشخيص أو على أساس مستمر.

ب - رقابة جودة خدمات التمريض:1

تعتبر جودة الخدمات التمريضية أحد ركائز جودة الرعاية الصحيّة ورداءتها تنعكس سلبا على جودة خدمات رعاية المستشفى ككل، ولضبط ومراقبة الجودة التمريضية تعتمد المستشفيات على نوعين رئيسيين من أساليب التقييم:

☞- أساليب التقويم غير الرسمية: وهو الأسلوب الأكثر استعمالا، إذ تعتمد المستشفى على:

- ملاحظات وتقويم الأطباء للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكا بالمرضى والقادر في الحكم على جودة ومستوى خدمات التمريض من الناحية الفنية.

- استقصاء ودراسة آراء المرضى حول جودة خدمات التمريض، فالمرضى بحكم اتصالهم واحتكاكهم المباشر مع الممرضين يمكنهم تقويم خدمات ومستوى الرعاية الصحيّة وخصوصا الجانب غير علاجي والمتعلق بطرق المعاملة والأدب و اللباقة وتلبية الحاجات.

## ٨ - أساليب التقييم الرسمية:

- إنشاء لجان التدقيق التمريض: تقوم هذه اللجان والتي يشرف عنها ممرضين متخصصين بمراجعة ملفات المرضى والتدقيق فيها من الجانب الخدماتي للمرضيين.
- التقارير اليومية التي يعدها مسئولو المصالح والأقسام للإدارة.

## خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى المستشفى باعتباره نموذج التنظيم متعدد الأهداف فهو مكان للعلاج ومدرسة ومعمل ومكان للإقامة.

فالمستشفى من المنشآت الهامة والأساسية في المجتمع من خلال ما يقدمه من الخدمات الصحيّة بأنواعها للرفع من مستوى الصّحة في البلاد ومن ثم توفير الظروف الملائمة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية وهذا من خلال تحويل المريض غير المنتج إلى مواطن سليم معافى ليطبق بجهده إلى الإنتاج القومي.

وكما أسلفنا فإنّ الخدمات الصحيّة ذات الأهمية البالغة كونها مرتبطة بحياة الإنسان وبقائه على المعمورة، الشيء الذي دفع الباحثين والعلماء في هذا المجال بالسعي الحثيث والعمل الجاد من أجل الرفع من مستوى هذه الخدمات، ويرجع الفضل إلى الممرضة البريطانية "فلورس ننتغل"، بإرساء مبادئ جودة الخدمات الصحيّة من خلال وضعها لنظام إصلاحي والمعتمد على النظافة والصّحة العامة وتحسين نظم التغذية وأسس تنظيمية لإجراء في المستشفى.

وقد اختلف في ضبط وتحديد مفهوم جودة الخدمات الصحيّة وذلك لاختلاف موقع الفرد من المنظومة الصحيّة، فالطبيب يراها على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية، أما الجمهور المستفيد فيركز على طريقة الحصول على الخدمات ونتيجتها النهائية في حين نعني من الجودة من الناحية الإدارية كيفية استخدام الموارد المتوفرة، والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

وتركز جودة الخدمات الصحيّة على أبعاد متعددة، أهمها ثلاثة أبعاد أساسية: البعد الإنساني والبعد الفني والبعد المادي.

وتستند بالدرجة الأولى مسؤولية جودة الخدمات الصحيّة على عاتق الجمهور الداخلي والجزء الأكبر من هذه المسؤولية يقع على عاتق الطبيب والممرض فالطبيب دوره التشخيص ومعرفة العلة المرضية ومن ثم علاجها، والممرض هو حلقة وصل بين الطبيب والمريض، وحتى الإدارة، فهو المسؤول عن إعطاء الدواء للمريض ومتابعة تطورات العلاج ومدى تماثل المريض للشفاء.



وفي الأخير لكي يتسنى للمنظمات الصحيّة تحقيق أهداف جودة الخدمات الصحيّة وضمان رضا الجمهور الداخلي والخارجي، فإنّها تسعى إلى تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة وهذا بكسب ولاء الجمهور الداخلي بتحفيظه وتدريبه ونشر ثقافة الجودة والتشجيع على التعاون والعمل الجماعي و إنشاء فرق الجودة.

# الفصل الخامس

## اقتراب سوسيولوجي للخدمات الصحية في الجزائر

تمهيد

أولاً. مدخل مفاهيمي في النظام الصحي  
ثانياً. التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر  
ثالثاً. سير التنظيم الصحي في الجزائر  
رابعاً. معوقات الخدمة الصحية في الجزائر  
خاتمة.

**تمهيد:**

وضع النظام الصحي يعتمد على قناعة وقدرة القادة السياسيين بوضع سياسة صحية ذات كفاءة عالية ومدى قدرتها على تقديم رعاية طبية حقيقية للمواطنين، قصد الرقي بالإنسان وتحقيق التنمية الاجتماعية وعلى هذا الأساس اهتمنا بهذا الفصل إلى وضع اقتراب سوسيو صحي للسياسة الصحية في الجزائر، حيث قسمنا الفصل إلى ثلاثة أقسام:

أولاً: مدخل مفاهيمي في النظام الصحي.

ثانياً: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر.

ثالثاً: سير التنظيم الصحي في الجزائر.

رابعاً: معوقات الخدمة الصحية في الجزائر

أولاً: مدخل مفاهيمي للنظام الصحي:

### 1- مفهوم النظام الصحي:

يمثل النظام الصحي حسب المنظمة العالمية للصحة OMS " كل نشاطات وخدمات المصالح الصحية الموضوعية تحت تصرف المواطنين من أجل تلبية مختلف حاجياتهم الصحية على أساس أنه يساهم في عملية الوقاية وتقديم العلاج للمواطنين ويساهم في الصحة العامة "1؛ ويُعرف على أنه " عبارة عن تنظيم الخدمات الصحية عن طريق تحديد المبادئ التي يجب اتباعها والأهداف المراد الوصول إليها ( وقاية، رعاية، تربية صحية ...). "2 كما عرّف أيضا على أنه الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال ايجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها ... وتقوم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة، وبطريقة ميسرة . 3 في حين يُعرف النظام الصحي في القانون الجزائري بأنه " مجموعة الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها، وتنظم على كيفية توفر حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً شاملاً ومنسجماً وموحداً في إطار الخريطة الصحية."4 هذا وتشير المنظمة العالمية للصحة OMS في تقريرها لسنة 2000؛ أن الغرض الرئيسي للنظام الصحي ينقسم إلى شقين:

#### 1- تحقيق الجودة في تقديم الخدمات؛

#### 2- إتاحة العدالة والإنصاف في تسيير الحصول على الرعاية الصحية لجميع الأفراد؛

ونضيف إلى ما جاء في هذا التقرير ونعتمده كتعريف شامل للنظام الصحي:

- أن تكون التغطية الصحية شاملة متكاملة وبتكلفة معقولة في متناول المواطن؛
- تراعى خصوصية كل منطقة في التغطية بمعنى اعتماد الخريطة الوبائية؛

1- نوال باشا، السياسة الصحية في الجزائر اقتراب سوسيلوجي للخدمة الصحية المقدمة لمريضات القصور الكلوي النهائي، الجزائر: TAKSIDJ.COM للدراسات والنشر، 2015، ص53.

2 - Kaid Noura , « Le système de Santé Algérien entre efficacité et équité » Thèse de doctorat , Université d'Alger , 2005 , P16.

3 - كحيلة نبيلة، " تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية "، رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2009/2008، ص 11.

4 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، القانون رقم 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، العدد 08 المؤرخ في 16 فبراير 1985.

**2- مكونات النظام الصحي:**

ويتكون النظام الصحي من خمسة مكونات أساسية هي كالآتي:

- ☒ لا بد من أن يتوفر النظام الصحي على موارد بشرية متطورة ولديها المعرفة الفنية والعلمية وفق آخر التطورات العلمية، وأن تمارس هذه الموارد البشرية نشاطها داخل مؤسسات راقية تتوفر على أجهزة ومعدات طبية متطورة وعلى مواد صيدلانية...
- ☒ تنظيم البرامج الصحية: وتقوم بها وزارة الصحة الوطنية، وكذلك الوزارات والهيئات الحكومية الأخرى كبرامج الضمان الاجتماعي...
- ☒ الدعم المالي والتمويل: مصادر التمويل الصحي، تتضمن المصادر العامة كالضرائب، الجمارك..

☒ الإدارة الصحية للنظام الصحي: تقوم الإدارة الصحية بالتخطيط الاستراتيجي وتقوم البرامج الصحية، وتدريب طلاب الطب والمهن الطبية الأخرى والقيام بالبحوث الصحية وقيادة النظام الصحي ووضع معايير الوقاية واصدار التشريعات الصحية، وتنظيم القوى الصحية العاملة، وتقويم الجودة وتحسينها.

☒ إنتاج وتقديم الخدمات الصحية: إن الهدف الأساسي للنظام الصحي هو تقديم خدمات صحية على المستويات الثلاث: الأولية، الثانوية، والمتخصصة لتلبية الحاجات الصحية.

**3- أهداف النظام الصحي:**

أي نظام صحي يهدف إلى تحقيق ما يلي 1:

- تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان والمواطنين؛
- إرضاء السكان والاطمئنان على صحتهم وحمايتهم من الأمراض والأخطار؛
- تقديم الخدمات الصحية و الطبية بأقل كلفة ممكنة؛
- القضاء على الأمراض المستوطنة و المعدية ...؛

4- **العوامل المؤثرة في النظام الصحي:** يتأثر النظام الصحي بالكثير من العوامل التي تؤدي إلى تحديد ملامح النظام الصحي إلى أي دولة:

• **السكان:** يعتبر الوضع السكاني من أهم الركائز التي تُعتمد لبناء النظام الصحي من خلال معرفة: عدد السكان، معدل نمو السكان، توزيع السكان حسب الأعمار والجنس والمستوى الثقافي والعادات والتقاليد، دخل الأفراد... وعوامل أخرى كمعدلات أعداد الأسرة الواحد، طبيعة العيش (مدن، قرى، ريف، بدو...)...

• **الموارد الطبيعية المتوفرة:** توفر الموارد الطبيعية من شأنه أن يساعد على وجود نظام صحي جيد يلبي حاجيات المواطنين، كتوفر البترول، المعادن، الثروات النباتية والحيوانية... التي تجعل للدولة دخل مرتفع و ثابت؛ وهذا الأمر يعكس رقي النظام الصحي ونوعية الخدمات المقدمة ومستوياتها بالإضافة إلى أنّ حجم الإنفاق يقيس مستوى تطور الدول أو تأخرها ومدى احترامها لمواطنيها.

• **العوامل البيئية الطبيعية:** كالمناخ والطقس والمسكن والأوبئة والحشرات والقوارض... تلعب دورا كبيرا في رسم النظام الصحي فالأمراض تختلف حسب المناخ والطقس؛ وتختلف حسب وجود الحشرات والقوارض وأنواعها؛ ومعدلات الحرارة وطبيعة المناخ التي ترتبط بأنواع محددة من الأمراض دون غيرها.

• **العوامل الوراثية السائدة:** وهو مراعاة الخريطة الوراثية للسكان عند وضع النظام الصحي والأمراض الوراثية هو انتقال عدد من الأمراض وراثياً وعبر الجينات من الآباء إلى الأبناء ولعلّ معرفة التاريخ العائلي للإصابة بالأمراض الوراثية تسهم بشكل كبير في تسهيل عملية تشخيص الإصابة بالأمراض الوراثية، كأمراض الإعاقات، الهيموفيليا، السكري، بعض السرطانات...

• **المتغيرات السياسية و التكنولوجية:** وهو أن يحظى النظام الصحي على الكثير من الاهتمام والتركيز من قبل السلطات الحاكمة للدرجة التي تجعل رئيس أكبر دولة في العالم حالياً يقوم بنشر ورقة بحثية كاملة عن «إصلاح النظام الصحي الأمريكي، التقدم الذي تم تحقيقه، والخطوات اللاحقة» في واحدة من أهم المجالات العلمية الطبية في العالم، وهي " مجلة الجمعية الطبية الأمريكية "، وتدافع العالم لقراءة تلك الورقة 1,055,723 مرة منذ تاريخ نشرها في الحادي عشر من يوليو/تموز 2016م؛ أصبح باراك أوباما أول رئيس

أمريكي يقوم بنشر ورقة بحثية أكاديمية أثناء وجوده في المنصب؛ تركز تلك الورقة البحثية على ما يعتبره هو أهم التغييرات السياسية التي قام بتبنيها خلال فترته الرئاسية، وهي تغييرات سياسات الخدمات الصحية لتشمل عددا أكبر من المواطنين فيما يعرف بمشروع **Obamacare** حيث تناقش تلك الورقة البحثية التغييرات التي تسبب بها إقرار حزمة القوانين والقرارات التي أطلق عليها «**Affordable Care Act**» ومقدار التحسن في معايير جودة الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين وكيف تم ذلك دون زيادات كبيرة في الإنفاق الصحي وكيف يتوقع أن يؤثر ذلك على الاقتصاد الأمريكي بوجه عام، وقد تضمنت الورقة البحثية 68 إشارة مرجعية لأبحاث أخرى وإحصاءات معلنة كمصدر أساسي للمعلومات التي استندت عليها<sup>1</sup>.

**٥ متغيرات وعوامل مختلفة أخرى:** هناك مجموعة من العوامل الأخرى تؤخذ بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي ولها أهمية نسبية في إيجاد النظام الصحي:

- سلوكيات التدخين وتناول الكحول والمسكرات لدى السكان ومدى انتشارها؛
- الصادرات والواردات الغذائية ومدى الاعتماد على الغذاء النباتي أو الحيواني أو البحري ... ومدى استعمال الأغذية الاصطناعية ( المصبرات والمواد الحافظة.. )؛
- القطاعات الصحية الموجودة أو الممكن ايجادها ويشمل ذلك وجود منظمات دولية وتطوعية في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية؛
- توفر المعاهد والجامعات التي تقوم بتدريس وتعليم المهن الطبية المختلفة والتمريض وأية مهن مرتبطة بالمجال الصحي؛
- تكاليف التعليم والتدريب ودرجة توفر المؤسسات الصحية لغايات التدريب والعمل؛

1 - على موقع [www.ida2at.com/the-health-system-in-the-eyes-of](http://www.ida2at.com/the-health-system-in-the-eyes-of) يوم 2019/11/10 على الساعة 23.00

## ثانيا :التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر:

ولفهم وضعية النظام الصحي في الجزائر لابد من معرفة مختلف المراحل التاريخية التي مرّ بها تكوين هذا النظام؛ على أساس أنه لا يمكن فهم الظواهر الاجتماعية إلا في سياقها التاريخي، فعلم الاجتماع مرتبط بالتاريخ ارتباطا وثيقا باعتبار أنه يسعى إلى الرجوع إلى الماضي للوقوف على طبيعة الحقائق الاجتماعية ومعرفة الوظائف التي كانت تؤديها للبناء الاجتماعي وعناصره التكوينية<sup>1</sup>.

**1- مرحلة الحماية العثمانية:** لقد كان عامّة الناس في الجزائر في هذه المرحلة تؤمن بالتداوي بالشرب من بئر معينة أو بتعليق تميمة أو بزيارة ولي، ومعظم الأدوية كانت تتناول الجانب الخارجي من جسم الإنسان فالجراحة ونحوها كانت شبه معدومة، وكان الطبيب محل احترام وتبجيل، وكان بعض العلماء وأشباههم يركبون الأدوية من النباتات المتوفرة في البلاد ويصنعون المعاجين و الأشربة ويستعملون وسائل الكي والحجامة ونحو ذلك ... ويقول المؤرخ الإيطالي باناتي: أنّ أهل الجزائر يعتقدون أنّ كل أوروبي طبيب كما يعتقد كل أوروبي أنّ كل ايطالي مغن ... وبالرغم من ذلك عرفت هذه المرحلة بعض النوابع في الطب وبشهادة الأطباء الأوروبيون من أمثال عبدالرزاق بن حمادوش (1695- 1788 أو 1802) والذي قال فيه ليكيوك وكولان: " بأنه يشكل صفحة هامة في تاريخ الطب الجزائري " وقال عن مؤلفه " كشف الرموز": أنّه يعد من أواخر الممثلين للطب العربي وقد ترجم هذا المؤلف إلى الفرنسية؛ ومن الموضوعات الطبية التي حظيت بالتأليف مرض الطاعون، مضاره، وكيفية التغلب عليه؛ فقد ألّف فيه ابن حمادوش رسالة ونظم قصيدة في الطاعون الذي هاجمهم سنة 1788 م، وألّف ابوراس الناصر كتابا سماه " ما رواه الواعون في أخبار الطاعون" ؛ ورسالة محمد بن رجب الجزائري " الدّر المصون في تدبير الوباء الطاعون " كل هذه المؤلفات التي ذكرناها والتي لم نذكرها تدل على هول الأوبئة التي طالت الشعب الجزائري.

1 - إحسان محمد الحسن، المدخل الى علم الاجتماع، ط1، بيروت: دار الطليعة للصناعة والنشر، 1988، ص30.



وعموما خلال هذه المرحلة، لم ينل الشعب الجزائري حظه من العناية والرعاية الصحية التي تكفلها الدولة العثمانية، ماعدا في حالات الأوبئة تفتح مراكز للحجر الصحي؛ فقد كان الحاكم العثماني ومواليه ينتدب الأطباء الأوروبيين 1.

وقد سجل التاريخ في هذه المرحلة تعرض ساكنة الجزائر إلى الكثير من الأوبئة والكوارث الطبيعية، كالزلازل، والجفاف (انتشار المجاعات)، والأوبئة (الطاعون، الجدري...) إضافة إلى تردي و اضطراب الأوضاع الإجتماعية. وفي هذا الشأن يؤكد المختصون في تاريخ الأمراض المعدية في الجزائر، على أنّ جل الأمراض المعدية ( الطاعون، الجدري... ) ليس وليد البيئة الجزائرية، بل نُقل إليها من الخارج، ولكن هناك بعض الأوبئة كحمى المستنقعات ( الماريا ) فهي وليدة البيئة الجزائرية، لوجود المياه العكرة والضحلة، والمستنقعات، والأودية المحيطة بالأحياء السكانية.

## 2 - مرحلة الاستعمار الفرنسي 1830-1962:

عند دخول المستعمر الفرنسي إلى الجزائر وجد البنية الصحية ضعيفة، تكاد تكون منعدمة، يعتمد فيها الشعب على نفسه من خلال انتشار الطب الشعبي في أحيان كثيرة ممزوج بالخزعبلات السحرية والشعوذة؛ في المقابل أدخل الفرنسيون معهم بعض الخدمات الصحية ولكن لخدمة العسكريين الفرنسيين والمستوطنين الذين جاءوا معهم؛ وإن بادر أحيانا لتقديم الخدمات الصحية للأهالي فهو مجرد ذر للرماد من أجل إسكات الأهالي، وكبح غضبهم من السطات الاستعمارية، وقسمنا هذه المرحلة إلى:

### 1-2- المرحلة بين 1830-1900:

عمل الفرنسيون على توفير الخدمات الصحية للعسكريين الغزاة والمستوطنين، وقد حاول - المستعمر - التقرب إلى الأهالي الجزائريين لتقديم الخدمة الصحية؛ لكنهم قوبلوا بالرفض، وهذا لما يحمله الجزائريون من عداة لهم رغم أنّهم يدركون أنّ للفرنسيين قدرة عالية في الطب والعلاج، كما كان عامّة الجزائريين يعرفون أنّ الفرنسيين قد ربطوا بين عناصر ثلاث: الإستعمار، والدين، والطب؛ وعدّوه من مظاهر الاستعمار.

وتجدر الإشارة في هذه المرحلة قيام الفرنسيون في مجال الطب، بنشر الإحصاءات، وإجراء التجارب وترجمة الآثار الطبية الجزائرية والعربية عامة، وإصدار النشرات والبحوث

1 - انظر: ابو القاسم سعدالله، تاريخ الجزائر الثقافي 1500-1830، ج2، ط1، بيروت: دار الغرب الإسلامي، 1998.

بالمجلات التي صدرت بعنوان " المنشآت الفرنسية في الجزائر"، توجد بها إحصاءات كثيرة عن أحوال الصحة والأمراض؛ إصدار مجلة طبية بإسم " غازيت الطبية الجزائرية " ودامت أربعين عاما وغطت الاخبار الطبية وبحوث العلماء، وفي هذه المجلة ترجم الدكتور بيرون رسالة في الطب النبوي، وترجم كتاب " الرّحمة في الطب والحكمة " للسيوطي.

وعلى العموم كانت نوعية الطب الشعبي الممارس على نوعين، نوع " علمي " قائم على التجربة والملاحظة، واستخدام الوسائل المادية بطريقة عقلية؛ ولكن الجهل والتخلف والإستعمار منعت من تطوير الممارسات لكي تصبح علمية اللهم إلا في الفترة المتأخرة؛ أما النوع الثاني من الممارسات فقد كان " خرافيا " قائما على السحر والشعوذة وبعيدا كل البعد عن الدين العلم.

ولاشك أنّ الاطباء الجزائريين الذين تخرجوا بالشهادات العليا - رغم قلتهم - قد كتبوا أطروحاتهم حول مواضيع تناولوا فيها الأمراض وعلاجاتها في ضوء الطب الشعبي الحديث كأطروحة الدكتور " محمد بلعربي" ( 1850-1939 م) والموسومة ب " الطب العربي في الجزائر " نوقشت سنة 1884م، وهو أول طبيب جزائري يتحصل على شهادة الدكتوراه من الجامعة الفرنسية.

وفي هذه المرحلة أنشأ الفرنسيون الكثير من المنجزات الهامة أهمها بناء مدرسة للطب سنة 1857 م بمدينة الجزائر، وسمحوا لبعض أبناء الجزائر بدخولها أقاموا المستشفيات ففي سنة 1832 شيّد مستشفى في كل من وهران، الجزائر، عنابة، وفي سنة 1832 ببجاية ودويرة... كما عرفت هذه المرحلة تعرض الجزائر إلى الكثير من الكوارث الطبيعية، وانتشار للأوبئة الفتاكة وفيما يلي أهم الإحصاءات لبعض الأوبئة، ونشير إلى أنّ الأوبئة تختلف عن الأمراض، كونها معدية وتصيب منطقة معينة وفي وقت معين، وفيما يلي بعض الإحصاءات لبعض الأوبئة التي ظهرت في هذه الفترة1:

☒ **التيفوس Typhus**: وباء شديد العدوى يسببه جرثوم *Richettsia Prowazeki* ينقله القمل إلى الإنسان، ينتشر في الكثافة السكانية العالية، ونتيجة سوء التغذية، والفقر والبؤس ويظهر خاصة في سنوات الجفاف.

\* 1861 ← حوالي 175 وفاة.

1 - انظر: صليحة علامة، " الأحوال الصحية بالجزائر خلال الإحتلال الفرنسي من 1830-1962 ( عمالة الجزائر نموذجا )"، رسالة دكتوراه، جامعة تلمسان، الجزائر، 2016/2017.

\* 1867-1868 ← 217000 حالة وفاة.

☒ **التيفويد Typhoide**: حمى وبائية معدية يسببها ميكروب Salmonella Typhis تصيب الإنسان عن طريق تلوث مياه الشرب.

1886-1896 ← 798 إصابة.

☒ **الطاعون Peste**: مرض معد يظهر على شكل وباء، ويسمى بالموت الأسود تسببه جرثومة Yarsin التي تعيش وتتكاثر في جسم بعض القوارض خاصة الفئران، وينتقل إلى الإنسان عن طريق لسعة قمل مصاب، ومن إنسان إلى آخر عن طريق التنفس وتبادل ( الأشياء)، آخر ظهور له في الجزائر سنة 2003 بوهران.

من أخطر السنوات التي عرفت فيها الجزائر وباء الطاعون سنوات 1817/1818 خلال الفترة العثمانية أين أودى بحياة 13030 مواطن.  
عاود الظهور خلال فترة 1899-1904 نتج عنه 52 ضحية.

☒ **الجدري Variole**: مرض جلدي فيروسي ، شديد العدوى وبائي، يسبب عاهات مستديمة كالعمى والصرم ، يؤدي إلى الوفاة ، الأطفال هم الفئة الأكثر عرضة له.  
1843 ← وفاة 500 طفل.

☒ **الكوليرا Choléra**: مرض معد سببه البكتيريا الواوية -Vibrio cholérae الناتج عن شرب الماء الملوث.

1835 ← 966 وفاة.

2-2- المرحلة بين 1900 - 1954 : تميّزت هذه المرحلة بـ:

☐ المقاومة الكبيرة للشعب في شكل ثورات شعبية، مما دفع بالمستعمر باتخاذ أساليب إصلاحية ظاهريا لاسترضاء الشعب الجزائري منها تحسين الخدمات الصحية الموجهة لخدمة الأهالي .

☐ بعث تكوين المساعدين الطبيين من الأهالي - Les Auxiliaires Médicaux - في سنة 1904 لتمكين هؤلاء المتكويين من تلبية حاجيات الأهالي من الخدمات الصحية؛ وفي سنة 1934 تم تغيير تسميتهم إلى عون تقني للصحة العمومية Adjoint Technique de la Santé Publique إضافة إلى تكوين فتيات سمين بالمرضات الزائرات، لتسند إليهم المهام

التالية:

- ✓ إنه وقبل كل شيء الكشف عن الأمراض؛
  - ✓ الرعاية الصحية للأهالي؛
  - ✓ التسيير والاشراف على المستوصفات الريفية والعمل على الاقتصاد والاستعمال العقلاني للمواد الصيدلانية؛
  - ✓ الاشراف على سجلات التلقيح؛
  - ✓ الإهتمام بالتوثيق؛
- وتصل مدة التكوين إلى سنتين أي نصف مدة تكوين الاطباء بدخل شهري 1000F بما يعادل ثلث الدخل الشهري للطبيب، ويتم الولوج إلى هذا التكوين عن طريق مسابقة للأهالي الجزائريين البالغين من العمر من 19 - 24 سنة والحاصلين على شهادة التعليم الإبتدائي (Certificat des études primaires)(CEF)
- وكانت المؤسسات الصحية في هذه المرحلة مكونة من أربعة أشكال للتنظيم هي:

- ⑥ تنظيم صحي عسكري كوسيلة منطقية وضرورية بالنسبة للمستوطنين والعساكر.
- ⑦ تنظيم صحي مشابه لذلك الموجود بالمتربول، ثم إدخال لأول مرة بما يعرف بالطب الليبرالي، هذان التنظيمان كانا موجهان للأوروبيين والجزائريين العاملين في بعض القطاعات الفرنسية.
- ⑧ تنظيم قائم على المساعدات الطبية المجانية موجه للسكان الأصليين المحرومين وبالطبع للعمال العاملين في قطاع الفلاحة، الذين يمثلون قوة العمل في المزارع الاستعمارية. وعموما تميّزت هذه المرحلة باهتمام إدارة الاحتلال بتطوير نظام الصحي بالجزائر وذلك بإتخاذ عدة إجراءات كان أهمها:
- تشجيع الأطباء الغربيين على الهجرة إلى الجزائر و العمل في العيادات الطبية.
- إنشاء دوائر طبية.
- إنشاء مستشفيات مدنية مفتوحة خاصة للأوروبيين.
- تدعيم و جعل المستشفيات الموجودة مفتوحة خاصة للأوروبيين.
- تدعيم و جعل المستشفيات العسكرية مختلطة.
- إنشاء هيئات علمية و مؤسسات طبية جديدة.

- إنشاء مؤسسات و هيئات مساندة، و يتعلق الأمر بإنشاء كلية الطب بجامعة الجزائر ومعهد باستور، و المخزن العام للمصالح المدنية للصحة.

**2-3- المرحلة بين 1954-1962:** وهي مرحلة تكون الطب الجزائري، ومرت هذه المرحلة بفترتين متتاليتين:

**2-3-1- الفترة الممتدة بين 1954-1956:** عرفت هذه الفترة غياب للتنظيم وانعدام للوسائل وللأطباء، واعتمدت قيادة الثورة على العلاجات والإسعافات الأولية ويتم الاستعانة ببعض الممرضين، الذين قاموا بدور ريادي لمعالجة المرضى والمصابين ولعب الدورين التمريض والتطبيب، ومع احتدام الوضع وأمام تضيق السلطات الاستعمارية الخناق على هؤلاء الممرضين ( العاملين بالمستشفيات، وعند الاطباء الخواص )، وتزايد عدد المصابين في صفوف جيش التحرير الوطني، توجب على قيادة الثورة البحث عن بديل لهؤلاء الممرضين والممرضات، بمن كان لديهم مستوى علمي مقبول، حيث ساهم بعض الاطباء في إعطاء دورات تكوينية في التمريض.

**2-3-2- الفترة الممتدة بين 1956-1962:** تميزت هذه الفترة بـ:

□ أدى الإضراب العام للطلبة الجزائريين في 19 ماي 1956 إلى التحاق العديد منهم إلى صفوف جيش التحرير؛ والذين كانوا يدرسون في فروع (الطب، الصيدلة، التمريض..)، بالإضافة إلى تلاميذ الثانويات؛ فكان لهذا التجنيد دافع قوي للنهوض بهذا الجانب الحيوي الذي تعزز بالطلبة، الذين اصبحوا يعالجون المرضى والمصابين من الجنود والسكان.

□ يُعد مؤتمر الصومام محطة هامة في تاريخ نشأة المصلحة الصحية لجبهة التحرير الوطني، حيث إقترح برنامج لتنظيم المصالح الصحية:

- جراحون وأطباء وصيدلة ليكونوا على اتصال دائم مع العمال في المستشفيات.

- تنظيم العلاج والحصول على الأدوية و الضمادات.

- إقامة عيادات في الأرياف للإشراف على معالجة المرضى أو من كانوا في دور النقاهة. فصار لكل منطقة طبيبها الخاص، ولكل ناحية مركز صحي يشرف عليه ممرض أو أكثر، ولكل كتبية ممرض، بإمكانه تقديم الإسعافات أثناء المعارك.

ففي حوالي سنة 1958 بلغ تنظيم الجهاز الصحي للثورة درجة كبيرة من الدقة والإحكام خاصة فيما يتعلق بتسيير المراكز الصحية، حيث تطورت إدارة المستشفيات

وضبطت خطة محكمة لسيرها، وذلك بوضع القانون الداخلي للجهاز الصحي؛ فأصبح المستشفى وحدة إدارية قائمة بذاتها، وضعت لها سجلات لدخول المرضى وخروجهم، ورخص خاصة بإلحاق المريض بوحدته العسكرية، واخرى لتحويل المريض إلى مراكز الدعم أو مركز صحي آخر؛ وتعيين مسؤول التمويل وصيدلي يتكفل بحفظ الأدوية<sup>1</sup>.

**3- مرحلة ما بعد الاستقلال:** تعاقب على هذه المرحلة عدة فترات تاريخية متباينة امتدت عبر سنين طوال تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر نلخصها فيما يلي

**3-1- مرحلة إدارة الأزمة 1962-1974:** عُرفت هذه المرحلة بانتهاء تام للبنى التحتية للدولة الجزائرية، جراء ما تركه المستدمر الفرنسي، حيث سجل انخفاض في عدد الأطباء من 2500 طبيب إلى 600 طبيب من بينهم 283 طبيب جزائري فقط، أي بمعدل طبيب لكل 100.000 ساكن، وطاقم صحي لا يتعدى 1380 ممرض اين الأغلبية غير مؤهلة وليست لديها شهادات، وكذا انعدام التجربة للطاقم الإداري المسير. متمركزون في المناطق الكبرى، عنابة، قسنطينة، الجزائر، وهران؛ وفي المقابل في الأرياف والقرى والمدن الداخلية كان يعتمد على الطب التقليدي والأعشاب الطبية<sup>2</sup>.

هذه الوضعية الكارثية وضعت صناع القرار غداة الاستقلال أمام تحديات كبيرة في ظل شح الموارد وضعف الوسائل والقدرات لمواجهتها؛ وكان على رأسها ارتفاع نسبة وفيات الأطفال 180 %؛ وأمل الحياة (Espérance de vie) لم يصل الى 50 سنة، وانتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية والسبب الرئيسي للوفيات. وأتخذت الدولة مجموعة من التدابير منها<sup>3</sup>:

**☒ تدابير وقائية:** عملت الحكومة على تبني سياسة الوقاية خير من العلاج، بتجنب المرض من خلال إجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبيل إنتشاره أو حتى قبيل ظهوره، وذلك باعتماد إجبارية ومجانية التلقيحات<sup>4</sup> من خلال المرسوم رقم: 69- 88 المتضمن بعض أنواع التلقيحات الإجبارية، السل، الكزاز، الخناق، شلل الأطفال، الذي ساهم في مكافحة

1 - انظر: صليحة علامة، مرجع سابق.

2 - رحيمة مولود حوالف، " تطبيق إدارة الجودة الشاملة ( دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى )"، القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، سلسلة أطروحات الدكتوراه، 2016، ص 129.

3 - انظر: صليحة علامة، مرجع سابق.

4 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، " المرسوم رقم 69-88 المتضمن بعض أنواع التلقيح الإجباري"، المؤرخ في 17 يونيو 1969، الجريدة الرسمية، عدد 53، الصادرة بتاريخ 20 يوليو 1969، ص 709.

الأمراض المعدية من خلال التلقيح ضد شلل الأطفال، ومكافحة الملاريا منذ سنة 1965 بمساعدة المنظمة العالمية للصحة -OMS-.

✘ **تدابير علاجية:** يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية إبتداء من مراكز الصحية القاعدية إلى غاية تحويله إلى المستشفى في حالة استعصاء العلاج.

✘ **تدابير التوزيع العقلاني للطواقم الصحية:** عملت الحكومة منذ الوهلة الأولى على محاولة تحقيق تغطية صحية عبر كامل التراب الوطني - التوازن الجهوي - بتوزيع طواقم الطبية رغم قلتها و أمام شساعة الرقعة الجغرافية وتفشي الأمراض، حيث أحصت وزارة الصحة سنة 1966 عدد المستشفيات 163 مستشفى بسعة 39418 سرير، 256 مركز صحي، كما أحصت في مواردها البشرية التقنية ( الطواقم الطبية ) - لنفس السنة - ؛ الجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (01) : يوضح تعداد الطواقم الطبية ( الجزائرية والأجنبية) المشرفة على الصحة في الجزائر لسنة 1966.

المجموع	جزائري	أجنبي	
1378	364	1014	طبيب
171	86	85	جراح أسنان
216	186	30	صيدلي
4834	غير متوفر	غير متوفر	عون شبه طبي

المصدر : إعداد الباحث من خلال تقرير:

Jean Paul Grangaud et Autres , **Les Systèmes de santé en Algérie ,Maroc et Tunisie** ,défis nationaux et enjeux partagés,IPMED,2012.P43

وعلى العموم هذه الوضعيات دفعت أصحاب القرار إنتهاج سياسة تطبيق المشروع الإشتراكي الذي يدعو إلى أنّ النظام الصحي خدمة عمومية، وقد تميزت هذه المرحلة ايضا ب:-  
- إعادة ترميم وبعث وتنشيط الهياكل الصحية المدمرة التي تركها المستعمر؛

1 - نورالدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، الجزائر: دار كتامة للنشر والتوزيع، 2008، ص132.



- تعبئة الموارد البشرية وإستقطابها ( تكوين أعوان الطبيين في الصّحة العمومية<sup>1</sup>، والعمل على نظام الحصول على دبلوم في العلوم التمريضية<sup>2</sup> )، فتح المجال للدول الأجنبية الصديقة للتعاون ( Les Coopérants )؛
- إصدار قانون الممارسة العمومية الإلجبارية سنة 1963 لكل طبيب يعترزم فتح عيادة جديدة. وإجبار الأطباء الخواص بالعمل نصف دوام بالمؤسسات العمومية؛
- إنشاء المعهد الوطني للصّحة العمومية (EPA) سنة 1964، ذو الطابع الإداري العمومي بهدف إجراء الدراسات والأبحاث لتنمية وترقية الصّحة؛
- إنشاء وزارة الصّحة العمومية كوزارة قائمة بذاتها سنة 1965، وقبل ذلك كانت مندمجة في وزارات أخرى، وكان يسمى بطب الدولة<sup>3</sup>؛
- بناء وإحداث بعض الكليات الطبية<sup>4</sup> في المدن الكبرى لتعليم العلوم الطبية، لإنعاش المؤسسات الصحية وتغطية النقص الكبير في الأطباء؛
- إنشاء الصيدلية المركزية سنة 1969 لإستيراد الأدوية وإنتاج وتوزيع المواد الصيدلانية؛
- يلاحظ ممّا سبق الجهود التي بذلتها الحكومة من أجل تذليل العقوبات التي عرفها الشعب الجزائري من إنتشار للأمراض المعدية والأوبئة ... ومحاولة توفير المرافق القاعدية والهياكل الصحية، وتكوين الطواقم الصحية للتكفل باحتياجات المواطنين الوقائية والعلاجية، رغم محدودية الإمكانيات المادية والبشرية.

### 3-2- مرحلة مجانية العلاج وبقرطة المؤسسات الصحية 1974 - 1979:

وقد تميز النظام الطب في العقد الثاني بـ:

- ☒ قرار تأسيس الرعاية الصحية المجانية وأعتبر مكسب من مكاسب الثورة الجزائرية بالأمريّة الرئاسية في بداية سنة 1974<sup>5</sup>، والتي سمحت من إستفادة كل المواطنين من الخدمات الصحية؛ وقد دُعم هذا المرسوم بالنص الأساسي للأمة من خلال الميثاق الوطني

1 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 24-240 مؤرخ في 13 أوت 1964 يتضمن تعليم الشبه طبي، جريدة الرسمية، العدد 25، مؤرخ في 21 أوت 1964، ص384.

2 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الشؤون الإجتماعية، قرار وزاري مؤرخ في 28 أبريل 1964، يتعلق بتنظيم إمتحانات الحصول على شهادة ممرض وممرضة للإسعاف العمومي الجزائري، الجريدة الرسمية، العدد 03، المؤرخ في 05 يونيو 1964، ص44.

3 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 65-235 المؤرخ في 22 سبتمبر 1965، يتضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصّحة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 80، المؤرخ في 28 سبتمبر 1965، ص1115.

4 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قرار 18 مارس 1965، يتضمن إحداث معهد للطب بمدينة الجزائر، إحداث معهد للطب بمدينة قسنطينة، معهد للصيدلة بمدينة الجزائر، معهد للبحث في الأسنان بمدينة الجزائر، الجريدة الرسمية، العدد 26، 26 مارس 1965.

5 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 " يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية"، الجريدة الرسمية، العدد 01، المؤرخ في 01 يناير 1974، ص02.



لسنة 1976، حيث تنص المادة 67 منه " لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية وهذا الحق مضمون عن طريق توفر خدمات صحية عامة ومجانية، ويتم توسيع مجال الطب الوقائي...".

✘ إصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات من سنة 1970 إلى غاية نهاية 1973 بتحسين نوعية التعليم والتكوين، مما يسمح بزيادة أعداد الممارسين الطبيين الأكفاء (تكوين 1000 طبيب في السنة)، وهذا ما تم جني ثماره بالفعل، إذ لوحظ إرتفاع محسوس للسلك الطبي الجزائري بمختلف رتبته ك: الأستاذ (Professeur . الأستاذ المحاضر ( maitre de conférence)، والأستاذ المساعد (Maitre-assistant، والطبيب المختص، والطبيب العام. إضافة إلى الشبه طبي؛ ففي سنة 1979 وصل عدد الأطباء إلى 6081 طبيب منهم 3761 طبيب جزائري ووصل عدد الأعوان الشبه طبيين إلى 46669 ممرض<sup>2</sup>.

✘ في سنة 1975 تم رسم خريطة طريق لعمل الصحة بتبني:

- برامج الصحة الوطنية (PSP)، واعتماد بعض المعايير في إنجاز العديد من المرافق الصحية، وهي كالتالي:

+ مستشفى في كل ولاية؛ + مستشفى لكل دائرة؛ + عيادة متعددة الخدمات لكل 15 إلى 25 ألف ساكن؛ + مركز صحي لكل 5 إلى 6 الآلاف؛ + قاعة علاج لكل قرية أو تجمع سكني في الريف؛

- صياغة عدد معين من البرامج، كان أول هذه البرامج برنامج حماية الأم والطفل وتباعد الولادات.

- توسيع تطبيق وتنفيذ برامج التلقيح (PEV) عبر كامل التراب الوطني.

- تأسيس الخدمة المدنية: نظرا لكثرة المتخرجين من طلبة كلية العلوم الطبية وفي ظل النقص الفادح في تعداد الأطباء في المؤسسات العمومية وخصوصا في الجنوب الكبير؛ الأمر الذي دفع الدولة بتبني نهج إجبارية الخدمة المدنية على كل الأطباء، بمعنى أنه يتعين على كل طبيب متخرج من كلية العلوم الطبية أن يمارس مهنة التطبيب في سنواته الأولى في المؤسسة العمومية للصحة، وبعد أن يكمل الخدمة المدنية له الخيار بين البقاء في

1 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 76، ص 30.

2 - نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص - ص 144-145.

المؤسسات العمومية أو العمل في المؤسسات الخاصة ويتحدد عدد سنوات العمل في الخدمة المدنية حسب مكان العمل. ويكون عدد السنوات أقل إن إختار العمل في الجنوب.

☒ أما على مستوى المؤشرات الصحية، نسجل تراجع لمعدلات الوفيات، فقد سجل في سنة 1979 - مثلا - تطور ملحوظ في ذلك كما هو مبين فيما يلي 1:

+ نسبة الوفيات الإجمالي: 15.1 % .

+ متوسط العمر 52.5 سنة.

+ نسبة وفيات الأطفال 122 %.

الجدول رقم ( 02 ) : يوضح إنخفاض نسبة وفيات الأطفال من سنة 1962 - 1980.

السنوات	1962	1970	1979
نسبة الوفيات بالألاف	180	140	122

المصدر: إعداد الباحث من خلال المعطيات الاحصائية للديوان الوطني للإحصاء.

ومن جهة أخرى لم تتخذ الدولة عن الطب اللبرالي، الذي كان مقتصرًا على قاعات للفحص، وتسويق الأدوية والمواد الصيدلانية، وقد دافع الاطباء الاختصاصيون العاملين بالمراكز الجامعية الاستشفائية على هذا الخيار من خلال إضرابهم سنة 1977 بترك حرية الإختيار لهم للعمل في القطاع العمومي أو الخاص، فكان لهم ذلك شريطة اداء الخدمة المدنية.

وخير ما يقال على هذه المرحلة ما علقته به الباحثة وعالمة الاجتماع الفرنسية المتخصصة في سوسيوولوجيا الصحة Thebaud Annie عن هذا الوضع " أن التحولات المرتبطة بتطبيق الطب المجاني والتنظيم القائم على القطاعات وإصلاح التكوين والدراسات الطبية نابع عن إرادة سياسية ضرورية بالسماح للشعب الجزائري بإستعمال نظام العلاج بشكل واسع".<sup>2</sup>

1 - المرجع السابق، ص140.

2 - بوعزيز كريمة، " إختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام والقطاع الخاص"، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2002، ص36.

**3-3- مرحلة التحولات البنيوية في النظام الصحي الجزائري 1979-1989:**

إنّ أهم ما ميّز هذه المرحلة هو إهتمام القيادة العليا للبلاد بقطاع الصحة، فقد خُصت كل أعمال و أشغال المؤتمر الرابع لحزب جبهة التحرير الوطني ( ديسمبر 1980 )، الناطق الرسمي والوحيد في البلاد بقطاع الصحة بغية تطوير وتحسين الخدمات الصحية في البلاد نذكر أهم ما جاء فيه:

□ دعوة بل إلزامية كل القطاعات التي لها علاقة بالصحة بالمساهمة ومشاركة قطاع الصحة من أجل النهوض بها وتسهيل عملها، فمشكلة الصحة ليست مشكلة وزارة الصحة وحدها، بل مشكلة الجميع؛ كتنظافة المحيط (البيئة )، الأنحراف والجريمة، حوادث المرور، الغذاء الصحي، السكن اللائق ... تستدعي تعاون كل القطاعات والتنظيمات ...

□ دمج النظام الصحي الوطني ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وهذا يعني أنه لن يكون هناك تطور اقتصادي دون تطور النظام الصحي.

□ تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة.

□ البطاقة الصحية؛ كوسيلة فعّالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية.

التسلسل في العلاج وإعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.

□ مواصلة نهج مجانية الصحة مع تطوير مستوى الخدمات.

كما عرفت هذه المرحلة تحسن في المؤشرات الصحية، وتراجع نسبة الأمراض المعدية وهذا يعود إلى السياسة الصحية المنتهجة من طرف الدولة ولجهود الفاعلين في القطاع وبفضل صرامة تطبيق البرامج الوطنية للصحة ( برامج مكافحة السل ... مكافحة سوء التغذية، برامج التلقيح الإجباري ...)، وهذا ما تدل عليه المؤشرات الصحية لسنة 1998.

نسبة المواليد 25.3 %؛

نسبة الوفيات العامة 6.04 %؛

نسبة وفيات الأطفال 44 %؛

متوسط مدة الحياة 68 سنة؛

1 - نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 154.

- صدور قوانين وتشريعات تنظم مهنة الطب في الجزائر، لاسيما القانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها<sup>1</sup>.
- إنشاء 13 مركزا استشفائيا جامعيًا سنة 1986م. للمستوى الثالث لمعالجة ومتابعة الأمراض المستعصية والخطيرة، التي تستعصي على المستشفيات في الدوائر والولايات الداخلية<sup>2</sup>.
- أما فيما يخص هياكل ومؤسسات النظام الصحي فقد عرفت زيادة نسبية من حيث العدد في هذه الفترة . والجدولان التاليان يوضحان ذلك :
- الجدول رقم (3): يوضح زيادة عدد الهياكل الصحية ما بين سنوات 1979-1989.

السنوات	عدد السكان بالمليون	القطاع الصحي	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	عيادات متعددة الخدمات	المراكز الصحية
1979	18.3	16	162	44885	157	644
1984	21	195	215	50210	285	914
1986	24.4	105	261	60040	370	114
1989	25	178	261	65000	428	1500

المصدر: خروبي بزاره عمر، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999 - 2009)" رسالة ماجستير، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر، 2011، ص43.

1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها العدد 08 ، المؤرخ في 17 فيفري 1985.

25 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، مرسوم التنفيذي رقم 86- 25، المؤرخ في 11 فيفري 1982، المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 06، المؤرخ في 12 فيفري 1986 .

- الجدول رقم (4): يوضح تزايد عدد الأطباء والممرضين في الفترة الممتدة بين 1979 - 1989.

السنوات	عدد الممرضين	عدد الأطباء
1979	غير متوفرة	4561
1984	غير متوفرة	9106
1986	غير متوفرة	13395
1989	60000	39600

المصدر: خروبي بزارة عمر، المرجع السابق، ص43.

**3-4- مرحلة النظام التعاقدى 1989 - 1999:** لقد عرفت البلاد في هذه المرحلة انخفاض عائدات البترول من جهة، ومرور البلاد باضطرابات سياسية واجتماعية وأمنية التي سميت بال عشرية السوداء، الأمر الذي دفع الدولة الى الرضوخ إلى تعديل هيكلية منذ 1994، بعد أن شهد نظام الرعاية الصحية انهيارا جعله يعاني من نقص في المجالين التقني والعلاجي الطبي، تسبب في العديد من الممارسات تمثلت في تدهور وضعية مختلف الهياكل الاستشفائية وتدهور الخدمات المقدمة بها بالإضافة إلى تدمير العديد من الأطباء بسبب سوء الوضعية المهنية والاجتماعية، وظهور العيادات الخاصة المنافسة؛ وبلغت الأرقام كانت الدولة منذ تبنيتها نهج مجانية الصحة تقوم بتسديد ما نسبته 75% من نفقات المالية لقطاع الصحي، في حين تتكفل الحماية الاجتماعية النسبة الباقية حوالي 23.5% ليتغير هذا المعطى بتدهور المداخل - كما أشرنا - ففي سنة 1987 انخفض تدعيم الدولة ليصل إلى 34%، في حين إرتفعت تغطية الحماية الاجتماعية لتكاليف التمويل إلى 64%، وهذا ما جاء في القانون المالية لسنوات:

☐ قانون المالية لسنة 1992: ناقش المشرع الجزائري، ولأول مرة منذ تطبيق مجانية العلاج إلى اقتراح نظام تمويل جديد مبني على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحديد كفاءات التطبيق، الشيء الذي يتضح أن الدولة تتجه نحو

1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 91 - 25، المتضمن قانون المالية 1992، الجريدة الرسمية، العدد 65، الصادرة بتاريخ 18 ديسمبر 1991.

إيجاد نظام تمويل للصحة عن طريق التعاقد بين القطاعين الصحي وضمان الإجتماعي بدلا من الدفع الجزافي في ظل شح الموارد، ومن أجل عقلنة التكاليف وتحسين نوعية الخدمة الصحية وترقيتها؛ ولكن كل ما جاء في هذا القانون بقي حبر على ورق، لم يعرف طريقه إلى التطبيق في الميدان، وذلك يعود إلى عدم وجود أي هيكل صحي كان مستعدا ومحضرا للتكفل بهذه العملية سواء من الناحية المادية أو البشرية أو التنظيمية.

☒ قانون المالية لسنة 1995: في هذا القانون يُعاد الحديث عن الصيغة التعاقدية كما جاء في قانون المالية لسنة 1992 بين وزارة الصحة و وزارة الضمان الإجتماعي بحيث:

- ☐ يتكفل الضمان الإجتماعي بتغطية النفقات الخاصة بالمؤمنين وذوي حقوقهم .
- ☐ تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمن لهم إجتماعيا.

ليضيف المشرع مساهمة المواطن في مصاريف الصحة، وهذا من خلال القرار الوزاري المشترك الصادر في 07 جانفي 1997؛ لكن هذه المساهمات للمواطنين الرمزية في مصاريف الصحة لم يكن لها التأثير الفعّال في تمويل المؤسسات الصحية ولم تنعكس على مستوى الخدمات الصحية و لا حتى على مستوى تطلعات المواطن<sup>2</sup>، ربما الأمر الذي دفع بجل المواطنين إلى عدم دفع مقابل ما يقدم لهم من خدمة، ثم توالى مراسيم تنفيذية جديدة في سنة 1997؛ لتضيف مصادر إيرادات جديدة، مثل إعانات الجماعات المحلية التخصيصات الإستثنائية، الإيرادات المختلفة، التأمينات الاقتصادية الخاصة بالأضرار الجسدية علاوة على إعانة الدولة.

كما عرفت هذه المرحلة أنجاز بعض المشاريع الصحية:

- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP): مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.

- الوكالة الوطنية للدّم (ANS): مكلفة بوضع السياسات الوطنية للدّم 1995.

- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي: مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومات و الاتصال.

1 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 94 - 03، المتضمن قانون المالية 1995، الجريدة الرسمية، العدد 132، الصادرة بتاريخ 318 ديسمبر 1994.

2 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، المنشور الوزاري رقم 01، مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء، المؤرخ في 08 أفريل 1995، ص2.

- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية وبقظة العتاد (CNPM): مكلفة بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية..
- إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه طبي (INPFP) سنة 1996 للتكفل بالتعليم والتكوين والبحث في المجال شبه طبي.
- أما بالنسبة للمؤشرات الصحية في هذه المرحلة فكانت كالتالي 1 :  
نسبة الزيادات 025.3% ؛ نسبة أمل الحياة 68 سنة؛  
نسبة وفيات الأطفال 044% ؛ نسبة الوفيات العامة 06.04%؛
- الجدول رقم (5): يوضح تزايد الموارد البشرية والهياكل الصحية في الفترة الزمنية 1979-1989.

عدد الأطباء	28274	عدد اطباء الأسنان	7966
التقنيون السامون في الصحة	41657	التقنيون في الصحة	30048
عدد أعوان الصحة	14206	//	//
عدد المستشفيات	253	عدد الأسرة	60000
العيادات المتعددة الخدمات	465	عدد المراكز الصحية	1144
عدد قاعات العلاج	4222		

المصدر : إعداد الباحث بناء على احصائيات : خروبي بزارة عمر، مرجع سابق ص - ص46-47.

### - مرحلة الإصلاح 2002-2007:

لقد أدرك الفاعلون في القطاع الصحي ضرورة تبني النهج الإصلاحي بعد تفاقم الوضع وتردي الخدمات الصحية وإرتفاع نسبة مديونية المستشفيات، الناتج عن سوء التخطيط والتسيير المصاحب لعدم عقلانية الإنفاق العام، والإستعمال العشوائي للموارد المرصودة، وغموض العلاقة بين النظام الصحي وقطاع الضمان الإجتماعي؛ وأول خطوة بادر بها اصحاب القرار هو تغيير إسم الوزارة، لتصبح وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات سنة 2002 م، ولتجسيد هذه الدينامكية على الواقع قام الخبراء بإعداد مشروع لإصلاح القطاع

1 - نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص154.

الصّحي بالجزائر، و في هذا الصدد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات جملة من الأهداف، التي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها<sup>1</sup>:

- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعّال.

❁- ضمان الموارد المالية اللازمة للتسيير الحسن للمؤسسات الصحية.

❁- ضرورة التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين، وحماية المرضى على وجه الخصوص.

“- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطنين.

”- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم وذلك - قصد الاستجابة بأكثر فعّالية للحاجات الصحية و الإجتماعية.

①- تحسين فعّالية النفقات التي تخصّصه الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

ويتضح من خلال هذه الأهداف التركيز على هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحية وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدّمة، أما فيما يخصّ ملفات الإصلاح فقد ركز المجلس على ستة ملفات<sup>2</sup>:

• **ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج**: ركز هذا الملف على العلاقة بين المؤسسات الصحية الوطنية فيما بينها، مثال العلاقة بين الصحة الجوارية والصحة الاستشفائية، تكون الجوارية مكلفة بالفحوص(العامة والاختصاصية) اضافة إلى الطب الوقائي، وتكلف المستشفيات بالجانب العلاجي الإقليمي للمرضى... أي التنسيق بين الهياكل الجوارية والمستشفيات.

• **ملف الهياكل الإستشفائية**: تم تبني مجموعة من الإجراءات لتصليح الهياكل الصحية نذكر من بينها:

☒ تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.

☒ المساهمة الفعّالة للمريض وجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة ادائها.

1 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولوية والأنشطة المستعجلة، الجزائر، في 17 جانفي 2003.  
2 - نوال باثنا، السياسة الصحية في الجزائر (اقتراب سوسيولوجي للخدمة الصحية المقدمة لمرضى القصور الكلوي النهائي)، الجزائر: TAKSIDJ.COM للدراسات والنشر والتوزيع، 2015، ص-ص 59-61.



☒ إستعجال وضع دعامة إعلامية التي تعدُّ الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

☞ **ملف الموارد البشرية:** إعتبر هذا الملف الموارد البشرية أولوية أساسية ورئيسة في نجاح المنظومة الصحية، وذلك من خلال مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، أجورهم وعلاواتهم، ترقيةهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث أنّ التكوين يُعدُّ ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين والشبه طبيين المسيرين، والتقنيين، وهذا بالإشتراك مع قطاعات اخرى كالتكوين المهني والتعليم العالي على وجه الخصوص.

☞ **ملف الموارد المالية:** ويهدف هذا الملف الى ضرورة توفير كل الوسائل المادية الضرورية في عملية العلاج، شريطة أن تكون موزعة بعقلانية بحسب النشاط وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والتنوعية وتكوين عناصر مكملة لهذا الملف .

☞ **ملف التمويل:** إهتم هذا الملف بطرق توسيع موارد التمويل بالمستشفيات وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيّر المؤسسات الصحية، خاصة في مجال التمويل قائم على النظام التعاقدية.

☞ **ملف إشتراك القطاعات:** يرتبط العمل الصحي بالكثير من نشاطات بعض القطاعات كقطاع المالية، العمل والحماية الإجتماعية، الضمان الإجتماعي، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية، البيئة والصناعة والفلاحة، فإنّه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة.

وتجدر الإشارة أنّه لم يتم التطرق في هذا المشروع لموضوعين هامين، تنظيم العلاج في الجنوب لتسهيل للمواطن في الجنوب الكبير في الحصول على العلاج من المستوى الأول إلى المستوى الرابع؛ وموضوع الإستعجالات الطبية والجراحية والتي تعتبر المطلب الملح والأساسي للمواطنين لما تعرفه من عراقيل واختلالات.

وفي هذا الصدد والجدير بالذكر تحسن بعض المؤشرات الصحية نشير إلى بعضها في ما يلي :

- مؤشر أمل الحياة : الجدول رقم (6): يمثل زيادة أمل الحياة (espérance de vie) من سنة 2000 الى 2017.

السنوات	2000	2004	2008	2012	2016	2017
المؤشر	70.29	72.28	74.03	75.19	76.08	76.29

Source : Selon les données, **perspective monde**, école politique appliquée, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de sherbrooke, Quebec,

Canada .Sur cite :Perspective ,Usherbrooke.ca /Bilan/tend/DZR/fr

- تطور مؤشر نسبة وفيات المواليد (Taux de mortalité Maternelle).

الجدول رقم (7): نسبة وفيات المواليد لكل 100.000 ولادة حية، من سنة 1999 الى 2010.

السنوات	1999	2004	2006	2007	2008	2009	2010
المؤشر	117.4	99.4	92.6	88.9	86.2	81.4	76.9

Source : Kadi Nouara , **Evaluation et évolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie**, Journal d'épidémiologie et de Santé publique ,JES N°13, Mars 2014,P48.

على المستوى العالمي وحسب المنظمة العالمية للصحة (OMS) لسنة 2005، أن نسبة المواليد المتوفين توجد بين 5-1500/100.000 ولادة حية ؛ والذي يعني أن الجزائر تقع عالميا ضمن البلدان ذات النسب المتوسطة، وللاشارة النسب المتوسطة تقع بين (10-199 100.000/ ولادة حية) 1.

- مؤشر تطور نسبة وفيات الأطفال الأقل من 05 سنوات Taux de mortalité des enfants Juvénile (-05 ans)

الجدول رقم (8): يوضح تطور نسبة وفيات الأقل من 05 سنوات (TJMI).

السنوات	1990	2000	2005	2010	2012
TMIJ	55.7	43.0	35.3	27.8	26.1

Source : Op,cit,P50

<sup>1</sup> - Kadi Nouara, **Evaluation et évolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie**, Journal d'épidémiologie et de Santé publique ,JES N°13, Mars 2014,P48.

ومع هذا التحسن الملحوظ في المؤشرات الصحية مقارنة مع دول العالم الثالث ، فقد واصلت الدولة في بناء وتجهيز الهياكل الصحية نذكر منها1:

- إنشاء وتجهيز مراكز خاصة بمكافحة وعلاج السرطان؛

- إنشاء 03 مراكز إقليمية خاصة بالمحروقين؛

- إنشاء وتجهيز معهد وطني للكلية؛

- إنشاء وتجهيز معهد وطني للقلب؛

- إنشاء وتجهيز 03 مراكز نفسية من 20 مصلحة للطب النفسي و185 مركز وسيط للصحة العقلية؛

- مرحلة إصلاح الإصلاح من 2015 إلى يومنا هذا:

غير أنه وبعد مرور ثمانية سنوات إلى غاية 2015، لم يحقق ( إصلاح 2002) النتائج المرجوة منه وهذا ما تأكد في تبني وزارة الصحة مشروع تمهيدي لقانون الصحة الجديد الذي من أهم بنوده المقاطعات الصحية، والتي تعني في مضمونها نفس مفهوم الصحي، لأنّ تبني الفصل بين الهياكل الاستشفائية و غير الاستشفائية شتت الامكانيات والجهود، وهو الأمر الذي شكل صورة سيئة للمؤسسات الصحية، وشكل العديد من الاختلالات والمعوقات أحالت دون تطورها ودون أن يستفيد المواطن من خدماتها، وهذه المرة دعت إلى إصلاح الإصلاح De Réforme en Réforme، فقد تمّ تشكيل لجان مختصة مهمتها وضع قانون صحي جديد ولجان أخرى لإعادة النظر في الوقاية والتعليم والشبه طبي، ولجنة لوضع خارطة صحية للدولة، وقد قدمت هذه اللجان مجموعة من المقترحة نعرض فيما يلي اهمها:

1- المحاور الكبرى لعملية الإصلاح: لقد ركز برنامج الإصلاح الصحي الجديد على مجموعة من المحاور:

☐ عرض مشروع نص حول المقاطعات الصحية؛

☐ إعادة تنظيم الاستعجالات الطبية؛

☐ مراجعة قانون الصحة؛

☐ تأسيس ميثاق عمل لمصالح الاستعجالات الطبية الجراحية؛

1 - بن عطية منير، " إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية ليوفاريك- رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2009، ص 18.

☒ اشكالية الملف الإلكتروني؛

☒ تشجيع الإنتاج للمواد الصيدلانية؛

☒ مسح ديون المؤسسات الصحية؛

2- التدابير المتخذة لإصلاح النظام الصحي: لقد شرعت وزارة الصحة وإصلاح

المستشفيات في إعداد مشروع لإصلاح المنظومة، والذي سيدخل من المفروض حيز

التنفيذ سنة 2016!!! ويندرج هذا الإصلاح في إطار إعادة الاعتبار للخدمة الصحية

العمومية، ولعل أهم التدابير المتخذة لمعالجة أوجه القصور بالقطاع الصحي:

أ- عرض مشروع نص حول المقاطعات الصحية: يهدف مشروع الإصلاح الذي يندرج

في إطار عمليات إصلاح القطاع إلى مراجعة تنظيم قطاع الصحة من خلال إنشاء

مقاطعات للصحة على مستوى كل إدارة تديرها هيئة تسهر على التنسيق ما بين مختلف

المؤسسات والمصالح الصحية بالإقليم استجابة لمتطلبات سكان كل منطقة من جانب

التغطية الصحية؛ سيتمكن هذا التنظيم الجديد المتوقع تأسيسه قريبا من الاستغلال

الأمثل للإمكانات وتحديد الأولويات وتطوير التغطية الصحية.

ب- إعادة تنظيم الاستعجالات الطبية: إن هذه العملية التي سطرته الوصاية تهدف إلى

تحسين التكفل بالمرضى من خلال تقديم العلاج بشكل سريع وفعال وذلك من خلال

تبني مجموعة من التدابير:

☒ تعيين طبيب للاستقبال والتوجيه، وكذا توفير الآليات والوسائل التي من شأنها ضمان

حسن سير عمل الاستعجالات خاصة منها تحويل المرضى بعد التشخيص للحصول

على العلاج؛

☒ تكييف الاستعجالات الطبية حسب المقاييس العالمية من حيث التكوين، التنظيم

والنظافة؛

☒ تحسين نوعية التكفل بالمرضى على مستوى الاستعجالات؛

☒ تسيير التوافد على مستوى الاستعجالات وإعادة توجيه المرضى الذين لا تتطلب

حالاتهم علاجات مستعجلة؛

ج- تأسيس ميثاق عمل لمصالح الاستعجالات الطبية: كذلك من بين النقاط الحساسة

التي أشار إليها الإصلاح ضرورة تأسيس ميثاق للعمل بهذه المصالح التي لها وضعها

الخاص وميزاتها الحساسة، كونها واجهة القطاع وحلقة حساسة في السلسلة الاستشفائية وهذا من خلال:

☒ تحديد الحقوق والواجبات لكل من المرضى والطواقم الطبية حتى يتم الرفع من مستوى الخدمة العمومية في هذه الأوساط التي تعرف ضغط أكثر من وقت مضى؛  
 ☒ كما تضمنت عملية الإصلاح تأطير زيارة المرضى لاسيما على مستوى المصالح الاستعجالية، وضبط مسألة مرافقة المريض وذلك بهدف ضمان شروط مناسبة للعمل ولتجنب الفوضى؛

☒ مضاعفة التكوين والرسكلة للمستخدمين والعاملين بالمصالح الاستعجالية؛

### ثالثا : سير التنظيم الصحي في الجزائر:

نلخص سير المؤسسات الصحية في الجزائر في العناصر التالية:

#### 1 - الهياكل التنظيمية للقطاع الصحي في الجزائر:

لقد تعرضنا في الفقرات السابقة الى الحقب التاريخية التي مرّ بها التنظيم الصحي في الجزائر، والتي كانت متباينة من حيث نوعية وأسلوب تقديم الخدمات الصحية، وتتكون الهياكل الصحية وفق النظام الصحي الجزائري من مجموعة متكاملة من المستشفيات، المراكز الصحية والعيادات وقاعات العلاج، تختلف فيما بينها من حيث الحجم ونوعية الخدمة المقدمة باختلاف دورها ودرجة تخصصها.

في الآونة الأخيرة عرف القطاع الصحي جملة من التغييرات بداية من 2002 سنة الإصلاح الإداري، إلى غاية 2007 السنة التي تم فيها تقسيم القطاع الصحي إلى إستشفائي وجواري؛ حيث هذه المؤسسات الصحية ذات الطابع الإداري، تتمتع بالشخصية المعنوية وكذا بالاستقلالية المالية، وعلى هذا الأساس فالإطار التنظيمي للقطاع الصحي في الجزائر يشمل ثلاث مستويات:

## ⑥- المستوى المركزي:

- تشمل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي يشرف عليها وزير يكلف بالسهر على تنفيذ المهام التالية:
- ☒ وقاية صحة السكان ورعايتها؛
  - ☒ التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي؛
  - ☒ التنظيم الصحي والخريطة الصحية؛
  - ☒ العلاج الطبي في الهياكل الصحية؛
  - ☒ تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين؛
  - ☒ العمل على تنمية الموارد المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات؛
  - ☒ ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها؛
  - ☒ التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها؛
  - ☒ الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي؛
  - ☒ دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض؛
- وتشمل الإدارة المركزية على:
- ديوان الوزري؛
  - الأمانة العامة؛
  - المفتشية العامة؛
  - المديريات المركزية : المتكونة من 10 مديريات هي على الترتيب:
  - 1- المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة.
  - 2- المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات.
  - 3- المديرية العامة للصيدلية والتجهيزات الصحية.
  - 4- مديرية السكان.
  - 5- مديرية الدراسات والتخطيط .
  - 6- مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون.
  - 7- مديرية الموارد البشرية.

8- مديرية التكوين.

9- مديرية المالية والوسائل.

10- مديرية المنظومات الإعلامية والإعلام الآلي.

⑦ **المستوى الجهوي:** لكي تكون هناك عدالة وسهولة في الولوج الى الخدمة الصحية لكل المواطنين، أسست مجالس صحية جهوية سنة 1995، حيث يعتبر المجلس الجهوي هيئة فاحصة متعددة القطاعات مكلفة بـ:

- تدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بتحديد التوجهات الإستراتيجية.

- إتخاذ القرار من خلال التخصيص الأمثل للموارد.

كما يمكن إعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالعلومة الصحية، وقسمت الخريطة الصحية في الجزائر إلى 05 مناطق صحية وهي:

- منطقة الوسط : تضم 11 ولاية.

- منطقة الشرق : تضم 14 ولاية.

- منطقة الغرب : تضم 11 ولاية.

- منطقة جنوب شرق : تضم 7 ولايات.

- منطقة جنوب غرب : تضم 5 ولايات.

⑧ **المستوى الولائي:** في كل ولاية من ولايات الوطن تم وضع مديرية تسمى بمديرية الصحة والسكان، تم تأسيسها بمقتضى المرسوم التنفيذي 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 وتتمثل مهامها في ما يلي1:

- جمع وتحليل المعلومات الصحية؛

- وضع حيز التنفيذ للبرامج القطاعية للنشاط الصحي؛

- التنسيق بين نشاطات الهياكل الصحية؛

- مراقبة هياكل القطاع الخاص،

1 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، المرسوم التنفيذي رقم 97- 261 المؤرخ في 14 /07/1997، يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها ، الجريدة الرسمية، العدد 47 ، الصادرة بتاريخ 16/07/1997، ص12.

أما على المستوى القاعدي فتنتشر هياكل صحية موزعة على كامل التراب الوطني حسب التعداد السكاني فالمستشفيات بالدوائر، والمراكز والمستوصفات الصحية بالبلديات والمستشفيات المتخصصة، والمستشفيات الجامعية بالمدن الكبرى.

ويهدف هذا التقسيم الإداري السماح للسكان في كل منطقة بالوصول المشترك لمختلف المستويات المتدرجة للعلاج والمستويات الأربعة للعلاجات هي<sup>1</sup>:

ـ المستوى (A): علاجات دقيقة ويجب أن تتكفل بها مؤسسة عالية التخصص ( مستوى جهوي).

ـ المستوى (B): علاجات متخصصة على مستوى المؤسسات الاستشفائية الولائية.

ـ المستوى (C): علاجات عمومية موزعة على مستوى المؤسسات الاستشفائية للدائرة.

ـ المستوى (D): علاجات أولية ( علاجات قاعدية ).

أ - المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات العمومية الإستشفائية: لقد قام المشرع بإنشاء هذه المؤسسات الصحية بموجب المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 17 ماي 2007، وذلك بعدما ألغى بموجب المادة 35 من المرسوم التنفيذي 397-466 المؤرخ في 04 ديسمبر 1997 المتضمن قواعد إنشاء القطاعات الصحية.

1- المؤسسات العمومية الاستشفائية: وفق المرسوم المشار إليه سابقا فهي مؤسسة ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي؛ وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هياكل التشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي حاجة سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

وتحدد المشتملات المادية للمؤسسة الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة، وتوكل إليها مهام بموجب المادة 4 و5 من المرسوم 07-140 منها:

■ التكفل بالحاجات الصحية للسكان وضمان نشاطات العلاج و التشخيص والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية؛

■ ضمان تقديم برمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛

<sup>1</sup> - Madjid Salmi , L'inscription et la réalisation de projets d'équipements publics sanitaires entre centralisation et décentralisation ,Un système de Santé à la croisée des chemins ,Cread ,Alger ,2006 P157.

<sup>2</sup> - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 17/05/2007 المتضمن قواعد إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، الجريدة الرسمية، العدد 33، المؤرخ في 20 ماي 2007، ص10.

<sup>3</sup> - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، المرسوم التنفيذي رقم 671-466 المؤرخ في 02/12/1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها ، الجريدة الرسمية، العدد 81، المؤرخ في 10 ديسمبر 1997، ص28.



## ■ تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛

■ ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الإجتماعية؛

■ ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم؛

والجدير بالذكر أنّ المستشفيات في الجزائر عرفت زيادة محتشمة مقارنة بسنة الإستقلال - 1962- إذ كان عددها حوالي 156 مستشفى، وبلغ عددها سنة 1990 حوالي 181 مستشفى<sup>1</sup>، كما هو موضح في الجدول رقم (10)؛ وتفسر الدكتورة حوالم السبب في هذه الزيادة الطفيفة في المستشفيات إلى 2 :

☒ عدم قدرة الدولة على توجيه استثمارات جديدة في هذا المجال.

☒ ركزت الدولة في ميزانيتها للصحة على الجانب التجهيزي للمستشفيات وتطويرها.

إضافة إلى تركيز الدولة على الصحة القاعدية قاعات العلاج والمراكز الصحية... بالقرى والمداشر والأرياف بغية التغطية الشاملة والتركيز على الطب الوقائي من خلال البرامج الوطنية كالتقيحات...

كما أقدمت الدولة على إعادة الهيكلة على البنية الأساسية للصحة خلال عام 1998 وذلك بإنشاء قطاعات صحية جديدة كالمستشفيات المتخصصة، المستشفيات الجامعية. الجدول رقم (9): يوضح التزايد القليل لعدد المستشفيات في الجزائر من سنة 1962 إلى غاية سنة 2012.

السنوات	1962	1979	1990	2010	2012
عدد المستشفيات	156	173	181	194	193

المصدر: من إعداد الباحث بناء على بعض المصادر.

## 2- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية:

طبقا للمرسوم نفسه، فلها نفس تعريف المؤسسة العمومية الإستشفائية، إذ أنّها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، وتحدد مشتملات المادية والحيز والجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة أمّا مهامها حسب هذا المرسوم، فهي تتكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي :

1 - رحيمة ميلود حوالم، مرجع سابق، ص 135.

2 - المرجع السابق، ص 135

■ الوقاية والعلاج القاعدي؛

■ تشخيص المرض؛

■ الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي؛

■ الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي؛

وتجدر الإشارة أنّ الجزائر أولت أهمية بالغة للصحة الجوارية أو بما يسمى الصحة القاعدية، بحيث بذلت الجهود منذ الإستقلال لتوسيع رقعة توزيع الخدمات الصحية، ولاسيما الوقائية منها ، والجدول رقم (10) يبين مدى إهتمام الدولة بالصحة الجوارية. الجدول رقم (10): يوضح تزايد عدد الهياكل الصحية من سنة 1995 - 2012.

التعيين	1995	2002	2003	2004	2006	2010	2012
عيادة متعددة الخدمات	460	513	516	512	520	1491	1601
مراكز صحية		1281	1285	1275	1248	//	//
قاعات علاج	4865	4228	4412	4545	4684	5350	5545

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء.

يلاحظ في الجدول اعلاه إلغاء العمل بالمراكز الصحية بعد المرسوم التنفيذي 07-140 وتحويل المراكز الصحية الى قاعات علاج أو عيادات متعددة الخدمات.

ب - المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: وهي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، أنشئت بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة والسكان وهذا بعد استشارة الوالي، وهي منظمة وفق المرسوم التنفيذي 1-97-465 المؤرخ في 04/12/1997 المتضمن قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة والمتمم بموجب المرسوم التنفيذي 14-142 المؤرخ في 20/04/2014.

1 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ 02/12/1997 ، يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 81، المؤرخ في 10 ديسمبر 1997، ص12.

جاءت هذه المؤسسات لتلبي الحاجات الصحية للمواطن عبر كامل التراب الوطني وتسهيل الولوج إلى الخدمة الصحية ذات المستوى الرفيع، ولسد الاختلالات الحاصلة بين مختلف مناطق البلاد، وكذا الحد من ضعف بعض المؤشرات الصحية كالقضاء على وفيات الأطفال والأمهات ... الأمر الذي دفع الدولة بتزود شبكة الرعاية الصحية برعاية رفيعة المستوى على وجه الخصوص في طب الأطفال وجراحة القلب والعظام وجراحة المخ والأعصاب وطب العيون وزرع الأعضاء وإنشاء مستشفى مرجعي للأطفال...والجدول رقم (12) يوضح زيادة عدد المستشفيات المتخصصة.

الجدول رقم(11): يوضح تزايد عدد المستشفيات الإختصاصية بالجزائر 1997-2012

السنوات	1997	2010	2012
المستشفيات المتخصصة EHS	31	66	64

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء

ونسجل في سنة 2019 أن العدد قد تزايد مع ملاحظة إهتمام الدولة بالمستشفيات المتخصصة في رعاية الأم والطفل، والجدول الموالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (12): عدد ونوعية تخصصات المؤسسات الإستشفائية المختصة (EHS) في الجزائر سنة 2019.

نوع تخصص المؤسسة الاستشفائية EHS	عدد EHS في الوطن	عدد الأسرة
الأم والطفل	31	4123
الأمراض العقلية	21	4625
التأهيل الوظيفي	7	765
طب وجراحة العيون	3	232
جراحة القلب	4	318
مراكز مكافحة السرطان	9	1606
الجراحة التجميلية	1	95

128	1	جراحة الأعصاب
214	1	الأمراض الإنتانية
268	1	طب الرضوض والكسور
260	1	الإستعجالات الطبية الجراحية
110	1	الكلى
340	1	طب الأطفال
200	1	زرع الأعضاء والانسجة
13755	83	المجموع

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

كما يضاف إلى هذ العدد المؤسسات الإستشفائية ذات التسيير الخاص (EH) والبالغ عددها 09 مستشفيات؛ منها 04 مستشفيات متخصصة في طب وجراحة العيون، و05 الباقية مستشفيات عامة، بعدد اسرة إجمالي 1533 سرير.

## 2- الموارد البشرية والمالية:

### 1-1 - موارد التمويل المالي:

لكل مرحلة من المراحل الزمنية التي مر بها النظام الصحي بالجزائر مميزاتة إذ تميّزت المرحلة الأولى من النظام الصحي بضعف التمويل وقلة الوسائل، إذ بلغت نفقات الدولة 1.5 من الناتج القومي المحلي، وهي نسبة ضعيفة جدا أمام تدهور وإنعدام المنشآت الصحية وقلة الأطباء والممرضين وانتشار الأمراض المعدية والفقير والبطالة، التي خلفها المستعمر.

فبقيت الجزائر تتبع نفس النهج اللبرالي الذي تركه المستعمر في تقديم الخدمات الصحية، فالمرضى المؤمن تتكفل صناديق التأمين بتسديد فاتورة علاجه، حيث كانت التأمينات الإجتماعية تساهم ب30% من نفقات الصحة؛ بينما المرضى ذوي الدخل الكافي من أصحاب المهن الحرة كالتجارة... يدفعون ثمن علاجهم بحكم أنهم يفتقدون لنظام التأمين

1 - عبدالحق سايجي، وآخرون، نظام التعاقد في قطاع الصحة، الجزائر: المدرسة الوطنية للإدارة، 1999، ص10.

الإجتماعي، وتصل مساهمتهم نسبة 10%، وسمي هذا النهج بالتمويل بالسعر اليومي، أي حساب تسعيرة استشفاء لليوم الواحد، وتحسب حسب مدة اقامة المريض بالمستشفى. أما الفئات الهشة من المجتمع، فقد تكلفت صناديق الضمان الإجتماعي والبلديات بتسديد نفقات العلاج، كما أُعدت لهم مراكز خاصة بالمعوزين AMG (Aide médicale gratuite) وهي كلمة مازالت تتداول بين أفراد المجتمع رغم انتهاء العمل بها، و مراكز النظافة - Bureau d'hygiène - تدير من طرف وزارة التربية والتعليم.

أما في المرحلة الثانية أي بعد تبني نهج مجانية العلاج، تم إستبدال آلية التمويل بالسعر اليومي بصيغة الميزانية العامة - نظام الدفع الجزافي - والمتمثلة في إعادة تخصيص نفس المبلغ كل عام للمؤسسة الصحية، وأصبح المدراء مجرد مشرفين على ميزانية المؤسسة المقسمة إلى ابواب وفصول يحدد كل قسم منها فيما تصرف، وتتمثل مصادر التمويل في هذه الفترة في: الدولة، الضمان الإجتماعي والعائلات والجماعات المحلية.

أما في المرحلة الثالثة والرابعة فقد جاء في قانون المالية لسنة 1992 أشار إلى كيفية تنظيم مساهمة مؤسسات الضمان الإجتماعي لميزانية التسيير الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة، حيث تكون على أساس تعاقدية، بينما تبقى نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي على عاتق ميزانية الدولة، بالإضافة الى تمويل علاج المعوزين، إلا أنّ هذه الإجراءات والترسانة القانونية بقيت حبيسة الأدرج ولم تعرف النور إلى غاية اليوم.

3 - الموارد البشرية : تمثل الموارد البشرية مايقارب 191885 عاملا يشتغلون في قطاع الصحة وهذا الإحصاء لسنة 1998، أي ما يقارب 12% من إجمالي موظفي القطاع العمومي بعد التعليم والداخلية؛ وهو في تزايد مستمر، وينقسم عمال هذا القطاع إلى كوادرات طبية، كوادرات شبه طبية، أعوان مصالح، تقنيين، وإداريين ... وتتنوع هذه النسبة (1998): الأطباء 22.27% ؛ الفريق الشبه طبي 44.92% ؛ الإداريون 7.24%؛ العمال التقنيون وعمال المصالح 24.61%؛ والجداول الموالية توضح تزايد العدد البشري المقدم للخدمة.

1 - Kaid Nouara ,op cit ,p78.

الجدول رقم (13): تطور عدد الممارسين الطبيين في القطاع الصحي بالجزائر من 1995-2004 .

السنة	أخصائيون		أطباء عامون		اطباء أسنان		صيادلة		المجموع	
	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص
1995	3554	2528	10296	4950	-	-	-	-	-	-
2000	4155	4522	11275	5803	3346	4647	202	4587	20279	18258
2001	4291	4861	11569	5915	3580	4833	185	4778	20878	19134
2002	4498	5216	11861	6185	3747	4629	177	4995	21165	20143
2003	4641	4700	12122	5996	3755	4625	178	5502	21566	19953
2004	4781	4840	12338	6068	3920	4648	198	5857	16107	20689

المصدر : عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 171.

يلاحظ في الجدول أعلاه أن عددا لأطباء العامون في القطاع العمومي جد هام مقارنة بالقطاع الخاص بينما يلاحظ في المقابل العدد الهام من الصيادلة في القطاع العام؛ كما يلاحظ تساوي القطاعين الخاص والعمومي في عدد الأطباء الإختصاصيين وأطباء الأسنان. أما فيما يخص الطاقم الشبه طبي فالجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (14): تطور تشكيلة شبه الطبيين في الجزائر من سنة 1991-2004.

السنة	الحاصلون على شهادة دولة	المؤهلون	مساعدون شبه طبييون	المجموع
1991	25911	27640	28811	82236
1996	38554	29911	15600	84065
2001	48755	26655	10433	85843
2002	50800	25369	9852	86021
2003	52435	24347	9423	86205
2004	54151	23553	9099	86803

المصدر: عدنان مريزق، مرجع سابق، ص173.

يلاحظ في الجدول ارتفاع في عدد الممرضين الحاصلين على شهادة دولة من سنة إلى أخرى، في المقابل يلاحظ تناقص في عدد الممرضين المؤهلين والمساعدين في التمريض، وهذا يعود على كون الدولة في تلك السنوات أوقفت تكوين المؤهلين والمساعدين في التمريض، لتصبح مدرسة التكوين الشبه طبي تكون فقط الممرضين الحاصلين على شهادة دولة؛ ولكن الدولة تراجعت عن هذا القرار بعد تسجيل النقص الفادح في عدد الممرضين، لتبعث من جديد تكوين مساعدين في التمريض.

أما فيما يخص تزايد تعداد الفئات الأخرى، فالجدول الموالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (15): تطور تشكيلة الإداريين، التقنيين، وعمال المصالح في الجزائر من سنة 1991-2004.

السنة	إداريون	تقنيون	عمال المصالح	الاجمالي
1991	11908	//	39128	51036
1996	11671	734	46109	58514
2001	14270	2070	42784	59125
2002	13433	2303	42474	58210
2003	13500	2620	42358	58478
2004	13546	2837	42171	58554

المصدر: بن عطية منيرة، مرجع سابق، ص23.

يلاحظ في الجدول مايلي:

☐ ارتفاع في عدد الإداريين ابتداء من سنة 1996؛

☐ إرتفاع في عدد التقنيين ابتداء من سنة 2001؛

☐ إنخفاض في عدد أعوان المصالح (اعوان النظافة ) بداية من 2001؛

ولتتضح الصورة أكثر حول تطور تشكيلة الموارد البشرية المقدمة للخدمة الصحية فالجدول الموالي يوضح مؤشر التغطية الصحية.



الجدول رقم (16): تطور مؤشر التغطية الصحية في الجزائر من سنة 1962-2009.

السنوات	طب عام	طب خاص	طب أسنان	صيادلة	شبه طبي
1962	1 من 25643 من عدد السكان		72848/1	41667/1	2979/1
1999	1750/1	3594/1	3752/1	6134/1	3664/1
2009	1457/1	3241/1	3241/1	4492/1	370/1

المصدر: Communication de Monsieur le ministre de la Santé de la population et de la réforme Hospitalière, Septembre 2009, P16, عن عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 138.

يتضح من الجدول أعلاه أنّ عدد الأطباء العامين والخاصين، إرتفع عددهم بشكل ملحوظ وهذا تناسبا مع إرتفاع عدد السكان من سنة 1962 إلى غاية 2009، ممّا يدل على جهود الدولة في توفير العدد الكافي من الأطباء للتغطية الصحية بالبلاد؛ أمّا بالنسبة لأطباء الأسنان والصيدالة فقد عرف ارتفاعا كبيرا مابين سنوات 1962 و 1999، بينما لم يرتفع العدد بنسبة كبيرة بين سنوات 1999 و 2009، بينما سجل في إحصاء الشبه طبيين ارتفاعا كبيرا في العدد ما بين سنوات 1962 و 1999 ثم عاود للإنخفاض فيما بين سنوات 1999 و 2009 وربما هذا الامر الذي دعا الدولة إلى فتح التكوين الشبه طبي للخواص. وهذا ما يوضحه الجدول التالي:1:

جدول رقم (17): المدارس الشبه طبية الخاصة في الجزائر.

عدد المدارس الشبه طبية الخاصة	لطاقاة الإستعابية
73 مدرسة خاصة	11501 مقعد بيداغوجي

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية التكوين.

1 - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية التكوين، ف/ي المدارس الخاصة، إرسالية رقم 604، المؤرخة في 24 جوان 2019.

والجدير بالذكر أنه سمح للخواص بفتح مدارس خاصة منذ 2013، وكانت البداية في كل من الولايات: تلمسان، تيزو وزو، الجزائر، عنابة، مسيلة، والجدول الموالي يوضح الولايات الأكثر إستقطابا للمدارس الخاصة.

الجدول رقم (18): الولايات الأكثر تعدادا في المدارس الخاصة للتكوين الشبه طبي بالجزائر 2019.

الولاية	عدد المدارس	الطاقة الإستيعابية
شلف	04 مدارس	787 مقعد
باتنة	03 مدارس	929 مقعد
تيارت	03 مدارس	320 مقعد
تيزو وزو	05 مدارس	532 مقعد
الجزائر	06 مدارس	448 مقعد
سطيف	04 مدارس	677 مقعد
سيدي بلعباس	03 مدارس	273 مقعد
عنابة	04 مدارس	437 مقعد
قسنطينة	03 مدارس	332 مقعد
مسيلة	07 مدارس	978 مقعد
وهران	03 مدارس	1657 مقعد
بومرداس	03 مدارس	257 مقعد
عين الدفلة	05 مدارس	524 مقعد

المصدر: المرجع السابق.

يلاحظ في الجدول أعلاه أنّ الإستثمار في مدارس التكوين الشبه طبي كان جله في شمال البلاد، بينما تواصل المدارس والمعاهد البيداغوجيا العليا للتكوين الشبه طبي في تكوين الممارسين للعلوم الشبه طبية، والجدول الموالي يوضح ذلك

الجدول رقم (19): تعداد المتكويين في المعاهد البيداغوجية والمدارس الشبه طبية للسنوات 2016-2018.

السنوات	2016	2017	2018
عدد المتكويين من كل الإختصاصات	83116	85066	78605
عدد المتكويين ( تخصص علاج )	27156	28551	284426
عدد أعوان التمريض	11142	10575	13453

**Source :** Ministère de La santé de la population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Formation. **Bilan de formation continue local des structures de santé Années 2016,2017et 2018**

يلاحظ في الجدول أعلاه تزايد في عدد المتكويين بين سنتي 2016 و2017، في حين تناقص العدد وبشكل ملحوظ ما بين سنتي 2017 و2018 إلى أكثر من سبعة آلاف، وفي المقابل نسجل تزايد في تكوين أعداد أكثر في إختصاص علاج عام وأعوان التمريض، وهذا لما يعرفه القطاع من نقص فادح في إختصاص علاج عام في المستشفيات والمراكز الصحية؛ والجدير بالذكر أنّ أعوان التمريض يمارسون تخصص علاج عام في المؤسسات الصحية. كما أنّهم أصبحوا يمثلون فئة كبيرة في المؤسسات الصحية، فبالنظر إلى الجدول أعلاه نجد أنهم يمثلون 41 % من المتكويين في إختصاص علاج عام، وفي سنة 2018 يمثلون 47% ، بمعنى أن نسبتهم قاربت النصف (50%).

## رابعاً: معوقات الخدمة الصحية في الجزائر:

عرفت المنظومة الصحية في الجزائر الكثير من الاختلالات يمكن تحديد ملامحها من خلال عدم رضا العاملين أو الأطراف الفاعلة فيها (العامل- المريض)، مما انعكس سلباً على نوعية الخدمات المقدمة وعلى التكفل باحتياجات السكان التي ما فتأت تزداد مع الوقت بالرغم من وجود تغطية واسعة في الهياكل الاستشفائية لا تستجيب كما ينبغي لطلبات العلاج ولا تمكن بالتدرج في العلاج هذا من جهة، ومن جهة أخرى التأثيرات المتعددة على ناتج المريض من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية من القثم الفردية، والمعتقدات الثقافية والعادات الصحية.

## 1-تغير في الخريطة الوبائية والسكانية:

تشير الأبحاث والدراسات الوبائية بأنّ الجزائر من الدول القليلة التي يوجد بها الأمراض المتقلة (MT)، وغير المتقلة (MNT) في نفس الوقت. والجدول التالية توضح ذلك، والجدول الموالي يبيّن احصاءات الامراض المعدية لسنة 2013 في الجزائر.

الجدول رقم (20): يوضح إحصائيات الأمراض المعدية في الجزائر لسنة 2013

المؤشر	المرض	المؤشر	المرض
1.11	الكيس الكبدي	53.5	السل
0.39	التيفويد	17.35	ليشمانيا الجلدية
0.18	السعال الديكي	11.36	الحمى القلاعية
0.15	ليشمانيا البطنية	3.67	التهاب الكبد الفيروسي B
0.07	البوحمرون	2.82	التهاب السحايا
0.06	الكلب	1.81	التهاب الكبد الفيروسي C
		1.58	المالريا

المصدر: المنظمة العالمية للصحة.

والجدول الموالي يوضح إحصاءات اسباب الوفيات لسنتي 2014 و2016.

الجدول رقم (21): يوضح إحصائيات أسباب الوفيات لسنتي 2014-2016

الأمراض المسببة للوفيات	لسنة 2014/النسبة/ألف وفاة.	لسنة 2016/النسبة/ألف وفاة.
أمراض القلب والشرايين	%41	%36
الأمراض المعدية. الولادات الميته. وفيات بعد الميلاد. وفيات سوء التغذية.	%15	%15
الأمراض المتنقلة الأخرى.	%16	%19
مرض السرطان	%10	%13
الحوادث	%10	%10
مرض السكري	%07	%04
الأمراض التنفسية المزمنة	%03	%03

المصدر: المنظمة العالمية للصحة.

يقابل هذه الازدواجية في الخريطة الوبائية ارتفاع في تعداد السكان مما عقّد من وضعية التغطية الصحية وأثر في نوعية الخدمة، والجدول التالي يوضح الارتفاع السريع لعدد السكان بالجزائر:

الجدول رقم (22): يوضح الإرتفاع السريع لعدد سكان الجزائر

عدد السكان/ مليون	1962	1999	2010	2020
عدد السكان/ مليون	10.4	29.7	35.7	43.9
معدل أمل الحياة	47	72	76.2	77.6

Source: Louisa Chachoua (Pr), **Le système National De Santé 1962 à Nos Jours**, Colloque International sur Les Politique De Santé, Alger, 18 et 19 Janvier 2014. Sur Site .WWW.Santé.Dz. consulter le: 10 Janvier 202 a20.30h.

## 2-اختلالات مرتبطة بالتمويل والإنفاق:

يشكل الإنفاق المالي أحد أبرز المعوقات التي تقف في وجه تطور القطاع الصحي ليس فقط في الجزائر، بل حتى في الدول المتقدمة، ويعود ذلك بالدرجة الأولى إلى شيخوخة السكان، وانتشار الأمراض المستعصية، وارتفاع تكلفة الوسائل التكنولوجية المستعملة، والبحث العلمي في العلوم الطبية والتجريبية؛ فالإنفاق الطبي في الدول المتقدمة يقدر بـ03 تريليون دولار امريكي، ولذلك في الدول المتقدمة ترصد للإنفاق الصحي الميزانيات الكبرى، وتعتمد سياساتهم على سبل وطرق تمويل صناديق الضمان الاجتماعي للحفاظ واستمرار التطور الصحي، ونستشهد في ذلك على الاستثناس بمقولة الوزير الفرنسي الاسبق للصحة **Jean François Mattei** " لا بد من محاولة إعادة التسيير والتحكم في النفقات لأنه لا يمكن حسابها...!" والجدول التالي يوضح نصيب الفرد الجزائري من النفقات الصحية مقارنة ببعض الدول:

الجدول رقم (23): يوضح نصيب الفرد الجزائري من النفقات الصحية مقارنة ببعض دول

العالم

السنوات	2002	2006	2009
الولايات المتحدة الامريكية	5304	6719	7771
فرنسا	2495	3937	4410.33
الجزائر	67	148	220
المغرب	73	113	133

المصدر: البنك العالمي، عن رحيمة مولود حوالمف، مرجع سابق، ص 49.

بينما في الجزائر ترصد ميزانيات جزافية الجزء الأكبر تدفعه الدولة، والباقي من صناديق الضمان الاجتماعي، وتبقى هذه الميزانية ضعيفة بالنظر إلى احتياجات القطاع الصحي، وهذا المشار إليه في الجدول أعلاه، والجدول الموالي يوضح مساهمة الدولة في التمويل المالي للقطاع الصحي، الوحدة بالمليار دج:

الجدول رقم (24): يوضح مساهمة الدولة في التمويل المالي للقطاع الصحي

السنوات	2000	2007	2009	2010
ميزانية التشغيل والتجهيز	60.149 يساهم صندوق. الضمان الاجتماعي 20.54	60.149 يساهم صندوق. الضمان الاجتماعي 35	60.149 يساهم صندوق. الضمان الاجتماعي 38	60.149 يساهم صندوق. الضمان الاجتماعي 35

Source: Louisa Chachoua (Pr), **Le système National De Santé 1962 à Nos Jours**, Colloque International sur Les Politique De Santé, Alger, 18 et 19 Janvier 2014. Sur Site .WWW.Santé.Dz. consulter le: 10 Janvier 2020 a 20.30h

والملفت للانتباه أنّ هذه الميزانية التي تبدو غير كافية، يحظى المستشفيات بنصيب الأسد منها، تصل إلى 40% من النفقات ككل، وهذ النسبة بدورها تقسم داخل المستشفى، إذ يتحصل الطاقم العامل على نسبة 70% منها للأجور والعلاوات (10% للأطباء، و60% للطاقم الشبه طبي).

### 3- اختلالات مرتبطة بتنظيم القطاع الصحي الخاص:

بدأت رحلة القطاع الصحي الخاص في الجزائر منذ عهد قريب، بداية من سنة 1986، نتيجة تحولات اقتصادية، قابلها عجز الدولة في التغطية الصحية لكافة المواطنين، فدعت الضرورة إلى فتح المجال أمام المستثمرين في هذا القطاع من أطباء ورجال الأعمال من أجل التأسيس لتطبيق النموذج الليبرالي في القطاع الصحي، ويعبر عنه بأنه مجموع المؤسسات التي تمارس الأنشطة الطبية في العيادات الاستشفائية و عيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الاسنان والصيدليات ومخابر التحاليل الطبية و الراديولوجية و مخابر النظارات والاجهزة الاصطناعية الطبية. و الذي قام على عدة مراحل<sup>1</sup>:

1- تطوير و تنصيب واعتماد العيادات الخاصة في المدن.

2- الترخيص بفتح العيادات الخاصة.

3- الانفتاح الكامل.

وقد شهد هذا القطاع عدة توسعات منها:

<sup>1</sup> - Fatima Zohra Oufrieha , Collaborateurs, **De Réforme en Réforme : Un Système de Santé a croisée des chemins**, Cread, Alger, 2006, P203.

- توسع العرض وطريقة العمل.
  - زيادة في عدد الاطباء الذين يعملون لحسابهم، زيادة عدد الأسرة التي يوفرها القطاع الصحي الخاص.
- الجدول رقم (25): يوضح عدد المؤسسات الصحية الخاصة في الجزائر:

نوع المؤسسة الصحية	المؤسسات في حيز الخدمة	المؤسسات في طريقها للإنجاز
عيادة طبية جراحية	169	166
عيادة طبية	05	//
عيادات لعلاج السرطان	02	04
مراكز تصفية الكلى	163	48
عيادات جراحة الاسنان	07	03
مراكز الانجاب بالمساعدة الطبية	16	01
عيادات العيون والأنف والحنجرة	57	//
بيوت السكري	03	01
مراكز المعدات وتقويم العظام	04	03
مراكز التأهيل الوظيفي	03	03

**Source:** Larbi Abid(Pr), **Les établissements de Santé du Secteur Libéral en Algérie.** Sur Site: [www.Santémaghreb.com/Algerie](http://www.Santémaghreb.com/Algerie). consulter le: 10 Janvier 2020 à 22h.

جاء القطاع الصحي الخاص ليحل بعض المشاكل الصحية للمواطنين ويساهم في تطوير المنظومة الصحية؛ إلا أن نشاطه عرف الكثير من الاختلالات أحالت دون مشاركته في القضاء على ما تعانيه المنظومة الصحية من تعثرات، وكان سعيه الركض وراء الربح السريع، وتكاد تجمع الدراسات والابحاث في هذا المجال على حصر بعض ما يعانيه هذا القطاع في النقاط التالية:

- ☒ غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة بهذه المؤسسة؛
- ☒ غياب المعايير التطبيقية في النظام الخاص فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية؛
- ☒ غياب إحترام مدونة النشاطات الطبية والاسعار الطبية رغم أنها تبقى محل نقاش؛
- ☒ غياب التعاون والتكامل بين القطاع الخاص و العمومي للصحة.



- ☒ عدم التحكم في تحديد مستحقات وتكاليف النشاطات، بالإضافة إلى مشكل العلاج بالنسبة للشرائح المعدومة ( عدا حالات الولادات)؛
- ☒ غياب المشاركة في النظام الاعلام الصحي والنشاطات الوقائية والاستعدادات؛
- ☒ نشاط بعض الاطباء والممرضين من القطاع العام في القطاع الخاص؛
- ☒ تحتاج بعض المدن إلى تغطية من القطاع وخاصة تلك التي تعاني من نقص وضعف التغطية الصحية؛

- ☒ عدم العمل بشهادات الأيزو والمطابقة للمقاييس العالمية؛
  - ☒ عدم إبرام عقود شراكة مع الضمان الاجتماعي، ماعدا بعض العيادات الاستشفائية التي تجري العمليات الجراحية للقلب، والتي تستعين بالأطباء الأجانب؛
- 4-اختلالات في الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي:**

إن طبيعة الأداء في المجال الصحي وخاصة الممارسة المهنية للأطباء تحمل مبادئ وأخلاق قوية، كمبدأ عدم الضرر، تحول دون ركوبهم موجة المخاطرة بإتخاذ قرارات مغايرة للعادة، ودون براهين علمية، لأن الخطأ فيه يكلف الكثير قد يصل إلى درجة العجز أو الموت، كما يلاحظ في العلاقات السائدة بين الدوائر المهنية في المستشفى يسودا تشنجات، قد تصل إلى توتر العلاقات ونشوب الصراعات بين جماعات العمل، هذه الملاحظات مرتبطة بالخط المهني العامل في هذا المجال؛ ليضاف إليها الكثير من المشكلات المهنية وظروف العمل، حصرناها في النقاط التالية :

- ⊗ غياب وضعف تحفيز الموارد البشرية: يشير الكثير من الباحثين على أنّ الضعف انعكس على مستوى أدائهم، كما شهد هذا القطاع اضرابات دورية ليطالب فيها العاملين بزيادة الأجر وتحسين ظروفهم الاجتماعية والمهنية.
- ⊗ عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية بين مختلف جهات الوطن، وحتى داخل كل جهة والمعطيات التالية توضح التغطية الصحية للصحة الجوارية لسنة 2012 .

الطاقم الطبي المشرف على التغطية الصحية<sup>1</sup>:

- 14958 طبيب عام 58%؛

- 1250 طبيب مختص 8.4%؛

- 6159 طبيب أسنان؛

- 409 استاذ في الطب؛

موزعون على النحو التالي على الخريطة الصحية:

الشمال: 10267 (ط، ع)، 1086 (ط، م)، 4540 (ط، أ)، 217 استاذ؛

الهضاب العليا: 3292 (ط، ع)، 133 (ط، م)، 1208 (ط، أ)، 96 استاذ؛

الجنوب: 1399 (ط، ع)، 31 (ط، م)، 411 (ط، أ)، 42 استاذ.

الطاقم الشبه طبي المشرف على التغطية الصحة: العدد 18468 شبه طبي موزعين على النحو التالي:

الشمال: 10558 (ممرض)، 380 (بيولوجي)، 1908 (مخبري)؛

الهضاب العليا: 5589 (ممرض)، 168 (بيولوجي)، 770 (مخبري)؛

الجنوب: 2321 ممرض، 34 (بيولوجي)، 319 (مخبري)؛

طاقم القابلات: العدد 4772 قابلة موزعين على النحو التالي:

الشمال: 2916 قابلة؛

الهضاب العليا: 1262 قابلة؛

الجنوب: 594 قابلة؛

✧ ضعف منظومة التكوين الأساسي والثانوي لمقدمي الخدمات الصحية، حيث أنّ التكوين الأساسي أصبح لا يلبي حاجيات القطاعات الصحية لم عرفته العلوم الطبية من تقدم وتطور وظهور أمراض جديدة تزامنا مع ظهور تكنولوجيا عالية، يقابل كل عدم تحديد كفاءات تقييم نتائج المخرجات، سواء من حيث تحسين الأداء، أو حتى رضا الموظف بعملية التكوين التي تحصل عليها. يضاف إلى هذا غياب أو ضعف التكوين المتواصل داخل المؤسسات الصحية، وعدم ربطه بهدف يرغب المتكون في تحقيقه كزيادة الأجر، الترقية، التقدير.

<sup>1</sup> - Larbi Abid (Pr), **Organisation actuelle du Système de Santé et Perspectives**. Sur Site:www.Santémaghreb.com/Algerie. consulter le: 10 Janvier 2020 à 22h.

✧ غياب مراجعة مدونة الأعمال والنشاطات الطبية وغياب إجماع على مقاييس ممارسة طبية جيدة ومععمة.

✧ ضعف تقييم النشاطات الطبية بسبب عدم وجود الوسائل كاللجان المتخصصة في هذا المجال، وعدم تقبل فكرة التقييم من الممارسين.

✧ تردي ظروف العمل وغياب وسائل العمل، الأمر الذي دفع في كثير من الأحيان بالأطباء بتنظيم وقفات احتجاجية، تعرضوا فيها إلى الضرب والشتم من طرف السلطات والمواطنين، كان هدفهم الأول تحسين ظروف العمل، وتوفير وسائل العمل كالتجهيزات الطبية التي تساهم بشكل مباشر على مستوى الخدمات الصحية.

الجدول رقم (26): يوضح حجم الاعطاب في الأجهزة الطبية لسنة 2006:

التصوير الطبي	التخدير والعناية المركزة	أجهزة غرف العمليات	أجهزة التعقيم	أجهزة الكواشف الوظيفية
479	812	432	231	506
167	543	155	76	439
30	30	18	18	56
694	1433	605	325	1001
المراكز الصحية				
المستشفيات الجامعية				
المستشفيات المتخصصة				
المجموع				

المصدر: اعتمادا على إحصائيات رحيم مولود حوالف، مرجع سابق، ص 141.

#### 4- اختلالات مرتبطة بالإعلام الصحي:

عرفت سنة 1986 الانطلاقة الفعلية للإعلام الصحي في الجزائر بعد سنوات من الركود والجمود والعمل المحتشم الذي لم يرق إلى المستوى المطلوب؛ جاءت الانطلاقة نتيجة اتفاقية مع منظمة اليونيسف (UNICEF) بهدف تخفيض عدد وفيات الاطفال، وكذا نشر الوعي الصحي لدى المجتمع الجزائري وتعزيز وتطوير نظام الخدمات الصحية من خلال افلام وثائقية ومنشورات وكتيبات وملصقات إعلامية.

ازداد الاهتمام بالإعلام الصحي بعد فترة التسعينات و الألفين، بعد التعددية الإعلامية التي مست الصحافة المكتوبة وقطاع السمعي البصري، وأبدى مجهودا واضحا من خلال

تتبعه للقضايا الصحية الوطنية منها ( مرض الطاعون، الرمد، حوادث الطرقات...) أو العالمية (مرض السارس، انفلونزا الطيور، كورونا...).

وبالرغم من الجهود المبذولة إلا أنه يبقى الإعلام الصحي في الجزائر جد متواضع مقارنة بحجم التحديات التي يجب أن يواجهها، ونلخص أهم العقبات التي تقف في وجه تطور الإعلان الصحي في الجزائر<sup>1</sup>:

☒ عدم وجود متخصصين في الإعلام الصحي في الجزائر بالعدد الكافي؛

☒ صعوبة الترجمة وإشكالية المصطلح العلمي في الإعلام الصحي؛

☒ عدم وجود استراتيجية إعلامية صحية واضحة؛

☒ ضعف التمويل المخصص، وعدم وجود عائد إعلاني من وراء الإعلام،

☒ اللاعلمية وإشاعة التفكير الخرافي؛

### الاختلالات المرتبطة بالجانب الثقافي و الاجتماعي:

إنّ الثقافة مهما كان نوعها وطبيعتها تترك بصماتها على سلوك المرض وعلى ادوار المريض بوضوح وإنّ الفروق الثقافية أكثر تأثيرا وبروزا عن الاختلافات الاجتماعية والاقتصادية في هذا الجانب. فلاشك في أهمية الثقافة كمحدد لسلوك المرض وكيفية التصرف حياله وعلاجه. وأنّ التنشئة الثقافية تمارس دورها في سلوك المرض في المجتمع باختلاف قطاعاته، وبداخل المؤسسات ويظهر ذلك من خلال الثقافات الريفية والثقافات الحضرية وثقافة النوع ( الذكر والأنثى )، والاصول الاجتماعية وغيرها مما ينطوي على علاقة وثيقة بالخدمة الصحية، والملاحظ أنّ الثقافة تدفع المريض لالتماس العلاج وهنا يكون الاعتماد على الخدمة الصحية سريعا في حالة المقدرة والوعي الصحي على العكس في حال الفقر والتهميش، وبالتالي فإنّ سلوك المريض يختلف باختلاف الثقافة وباختلاف المرض بحد ذاته، فالمريض بالمرض المزمن قد يذهب إلى الطب الشعبي البديل، كما أنّ الثقافة الفرعية تؤثر على الانسان، فنجد أنّ قاطن المدينة يعاني من الثقافة الحضرية والتي يسودها الإيقاع السريع في العلاقات الاجتماعية والتعامل السطحي المعقد، والعلاقات الاجتماعية والتعامل السطحي المعقد، والعلاقات النفعية غير الودية، وهذه تسهم في زيادة

1 - أمال توهايمي، الإعلام الصحي والتنمية الشاملة...قراءة في المفهوم وتحديات العلاقة، مجلة العلوم الانسانية، العدد 47، المجلد أ، جوان 2017، ص307.

المشكلات الحياتية اليومية وبالتالي تكثر الأمراض النفسية والعصبية، والأمراض الحضرية مثل الأمراض المزمنة، ومنها السرطان، أمراض القلب، أمراض التنفس، وتمارس العادات والتقاليد دورها في الصّحة والمرض سواء بزيادة معادلاتها، وانتشارها ومضاعفاتها وتفاقمها أو الحد منها، مثل الزواج بين الأقارب، العلاج البكي، العلاج بالرقية... ففي المجتمعات الغربية المتطورة تختلف الثقافة الفرعية في النظر إلى المرض على أنّه يجب علاجه والوقاية منه، ولكن الأمر يختلف عند المجتمعات التقليدية فإنّهم ينظرون إلى المرض على أنّه عملية طبيعية بسبب التقدم في السن، ولا يحاولون السعي إلى العلاج كغيرهم من الأصول العرقية الأخرى، فمثلا نجد أنّ المجتمع الأمريكي يقدر قيمة الصّحة وعندما يسألون عن قيمتها في حياتهم يعطونها الأولوية الكبرى، وعندما يشعرون بأعراض بسيطة للمرض فإنّهم يسارعون للبحث عن العلاج الطبي، العكس ما هو منتشر في مجتمعاتنا العربية الإسلامية، حيث تسود قيم عن المرض غير سليمة وسلبية أحيانا، بل تصدر عبارات عن الأفراد تؤكد قيمة التواكل وليس التوكل من قبيل ( المكتوب ) ( خليها على ربي ) ( لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا )، كما أن بعض أفراد المجتمع قد يتوجه لطلب العلاج الشعبي العشبي أكثر من الاتجاه إلى الطبيب عند الشعور بالمرض، حيث أنّ الموروث الشعبي مازال متأثرا بالطب التقليدي الأمر الذي قد يؤدي إلى تفاقم المرض ويجعل علاجه مستحيلا.

## خلاصة الفصل:

لقد تناولنا في هذا الفصل بقليل من التفصيل التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر لننتقل في الجزئية الثالثة إلى معرفة واقع مجريات النظام الصحي من خلال الهياكل المنجزة والموارد البشرية العاملة بقطاع الصحي وموارد التمويل بها، وقبلهما تعرضنا لمفهوم النظام الصحي عموماً، والذي هو في الحقيقة عبارة عن الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال ايجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها؛ حيث عرفت الجزائر ثلاثة مراحل تاريخية، ففي فترة التواجد العثماني، كان عامة الناس يتداوون بالأعشاب الطبية، ويؤمنون بالخرفات والأساطير، كتعليق التمام والإستعانة بالسحر والشعوذة، وزيارة الأضرحة، والتبرك بالمشائخ قصد الشفاء... وقد عرفت هذه المرحلة بإنتشار الأمراض والأوبئة، كالتاعون و الملاريا... والتي خلفت آلاف الضحايا من الجزائريين. أما إبان تواجد الإستعمار الفرنسي؛ فقد عمل الفرنسيون في البداية على توفير الخدمات الصحية للعسكريين الغزاة والمستوطنين دون سواهم، ومع إرتفاع وتيرة المقاومة الشعبية حاول المستعمر الفرنسي أن يغازل الشعب الجزائري من خلال القيام بجملة من الإصلاحات منها تقديم الخدمات الصحية وذلك بإنشاء بعض المستشفيات والمراكز الصحية وعرض مجانية العلاج المحتشم للأهالي وما يميز هذه الفترة بعث تكوين المساعدين الطبيين من الأهالي، وقد عرفت الخريطة الوبائية في هذه الفترة إرتفاع في نسب الأوبئة؛ أما أثناء الثورة المباركة يُعد مؤتمر الصومام محطة هامة في تاريخ نشأة المصلحة الصحية لجهة التحرير الوطني، حيث إقترح برنامج لتنظيم المصالح الصحية، بإقامة عيادات في الأرياف للإشراف على معالجة المرضى أو من كانوا في دور النقاهة . وصار لكل منطقة طبيبها الخاص، ولكل ناحية مركز صحي يشرف عليه ممرض أو أكثر ، ولكل كتيبة ممرض، بإمكانه تقديم الإسعافات أثناء المعارك. أما بعد الإستقلال وجدت الدولة نفسها أمام تحدي كبير، فلقد ورثا خريطة صحية مهترئة، غياب الهياكل الصحية و إنتشار الفقر و البطالة والأمراض المعدية ... ولذلك سارعت الدولة في تبني نهج مجانية الصحة، وبدأت في بناء المرافق الصحية، مستشفى في كل ولاية و دائرة، وعيادة متعددة الخدمات

لكل 15 الى 25 الف ساكن، ومركز صحي لكل 5 إلى 6 الالاف، و قاعة علاج لكل قرية أو تجمع سكني في الريف.

وقد عرفت فترة نهاية الثمانينيات الى بداية الألفين إختلالات في كل القطاعات، أدت بالنظام الى مرحلة الأزمة، لذا كان لابد من إعادة تدريجية للنظام الصحي؛ وفي سنة 2002 تبنت الدولة النهج الإصلاحى في قطاع الصحة؛ حيث تم التركيز على هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحية وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدّمة؛ وفي آخر الفصل تعرضنا لأهم العراقيل التي وقفت في وجه تطور الخدمة الصحية في الجزائر.

# الفصل السادس

## إجراءات الدراسة

تمهيد

- أولاً. مجالات الدراسة
  - ثانياً. المجتمع الأصلي للدراسة
  - ثالثاً. المنهج المستخدم في الدراسة
  - رابعاً. أدوات جمع البيانات
  - خامساً. البيانات الشخصية لعينة الدراسة
- خلاصة.



**تمهيد:**

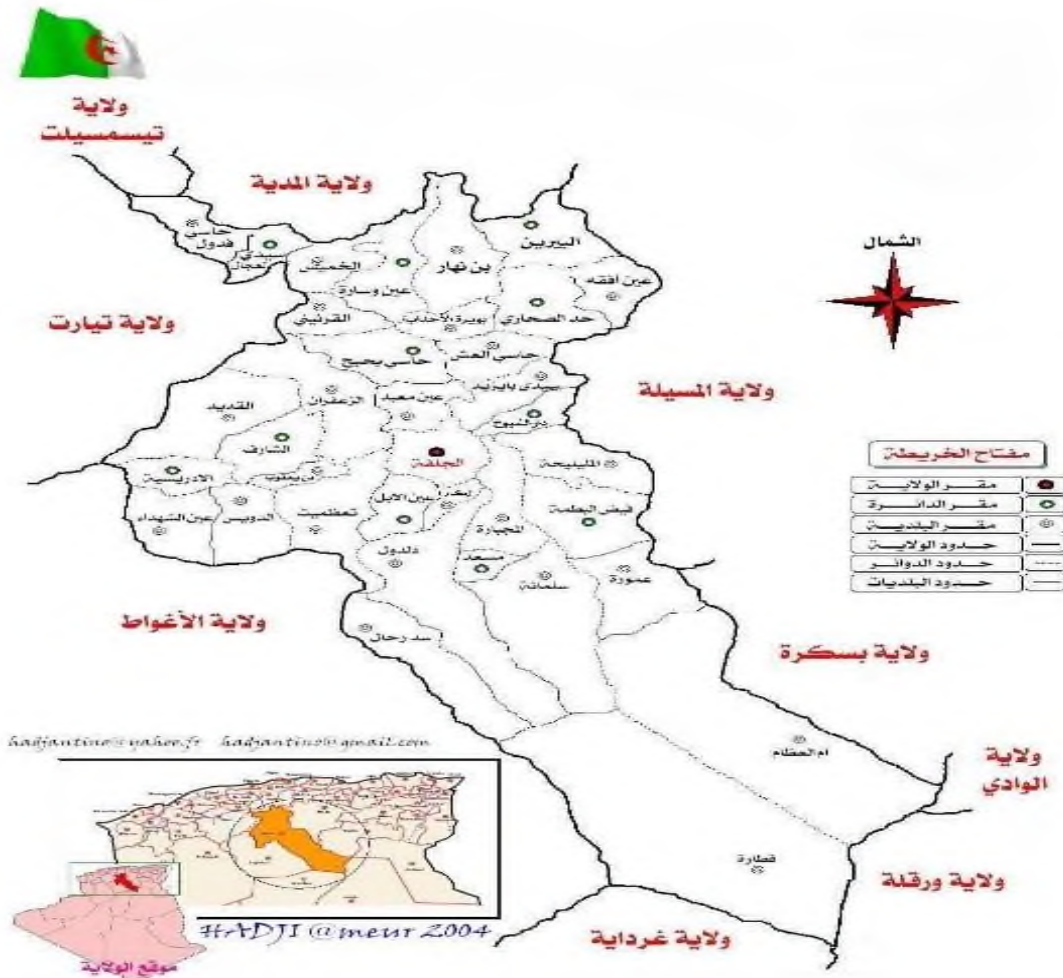
إنّ الدراسة السوسولوجية المتكاملة مبنية على ضرورة تحقيق الربط والترابط بين المعالجة النظرية والميدانية لموضوع الدراسة وذلك باعتماد إجراءات منهجية معينة تتماشى مع طبيعة موضوع الدراسة وأهدافه و الواقع الذي توجد فيه الظاهرة المدروسة وسيتم في هذا الفصل تناول مختلف الإجراءات المنهجية التي من خلالها يمكن أن نتعامل مع الجانب الميداني لهذه الدراسة، وذلك بتحديد مجالات الدراسة والمنهج الملائم لها بالإضافة إلى تحديد حجم مجتمع الدراسة وخصائصه الديموغرافية والوظيفي، بعدها سيتم الكشف عن الأدوات المنهجية والوسائل المساعدة في جمع المعلومات قصد تحضيرها للدراسة والتحليل والتفسير.

أولاً: مجالات الدراسة:

### 1-المجال المكاني:

تم إجراء البحث الميداني على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية محاد عبد القادر بالجلفة.

وقبل التعريف بالمؤسسة محل الدراسة نعرض على إعطاء لمحة وجيزة عن ولاية الجلفة والتغطية الصحية بها:  
لمحة وجيزة عن ولاية الجلفة:



### خريطة ولاية الجلفة موقع وحدود

هي إحدى ولايات الجزائر، نشأت رسمياً سنة 1974، تضم 36 بلدية و 12 دائرة تقع بين أحضان السهوب الوسطى عند التحام الصحراء بالهضاب العليا، جنوب العاصمة بحوالي 300 كلم ولذلك سميت بعاصمة السهوب وبوابة الصحراء بموقع استراتيجي يتوسط تسع (09) ولايات ( الأغواط ، غرداية، ورقلة تيارت، المدية، المسيلة، تيسمسيلت، بسكرة،

وواد سوف)، تتربع على مساحة قدرها 32256,35 كم<sup>2</sup> وتحتل بذلك المرتبة التاسعة من حيث المساحة، وقد عرفت هذه الولاية نموا ديموغرافيا سريعا، حيث تحتل الترتيب الرابع وطنيا من حيث تعداد السكان، بعد كل من العاصمة، سطيف ووهران بتعداد 1164870 نسمة وهذا حسب إحصاء 2008؛ ويذكر<sup>1</sup> أنّ تعداد ولاية الجلفة قد انتقل من 241 ألف نسمة في احصاء سنة 1966، إلى 332 ألف نسمة خلال احصاء 1977، ثم قرابة النصف مليون نسمة في احصائيات 1987، وأخيرا احصاء 1998 أين بلغ تعداد السكان الولاية 797 ألف نسمة، وسجل آخر إحصاء: 1 595 794 نسمة إلى غاية 2019/12/31.

أ-الهيكل الصحي العمومي بولاية الجلفة:

الهيكل الاستشفائي:

الجدول (27): يوضح تعداد المؤسسات الاستشفائية بولاية الجلفة.

الطاقة الاستيعابية	العدد	الهيكل
120 سرير	01	المؤسسة الاستشفائية طب العيون
110 سرير	01	المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل
1002 سرير	05	المؤسسات العمومية الاستشفائية
240 سرير	01	مستشفى مختلط
	08	مصالح الطبية الاستعجالية
91 كلية اصطناعية	05	مراكز ووحدات تصفي الدم

المصدر: وفق معطيات مديرية الصحة والسكان لولاية الجلفة.

<sup>1</sup>- WWW. Djelfa . info. Le 20/08/2020 à 22.00h

- مديرية الصحة والسكان لولاية الجلفة. <sup>2</sup>

## الهيكل الجوارية:

الجدول (28): يوضح تعداد هياكل المؤسسات الجوارية لولاية الجلفة.

العدد	الهيكل
05	المؤسسات العمومية الجوارية
44	العيادات المتعددة الخدمات
34	نقاط مداومة 24/سا 24/سا
11	مصالح الولادة الملحقة بالعيادات
04	وحدات مكافحة السل
02	دار السكري
121	قاعات العلاج
36	قاعات العلاج 24/سا 24/سا
01	المركز الوسيط لعلاج المدمنين
36	وحدات الكشف والمتابعة
01	مخبر لتحاليل المياه

المصدر: وفق معطيات مديريةية الصحة والسكان لولاية الجلفة.

## هياكل التكوين القطاع العام:

الجدول (29): تعداد عدد المقاعد البيداغوجية وطبيعة التكوين بالمعهد الشبه طبي بالجلفة.

طاقة الايواء	طبيعة التكوين	المقاعد البيداغوجية	الهيكل
120	مساعد التمريض	200 مقعد	معهد التكوين الشبه طبي

وتجدر الإشارة أنه خلال هذا الموسم الدراسي 2021/2020 منحت وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات مقاعد بيداغوجية لمعهد التكوين الشبه طبي، بعد أن كان المتكون يذهب للدراسة في معاهد التكوين ( المسيلة والمدية وتيزو وزو )، ومنحت الوزارة ولاية الجلفة عدد لا بأس به من المتكونين، وهذا لتدارك النقص العددي، وخاصة و أنه توجد مستشفيات لم تستطع أن تدخل حيز العمل لعدم وجود الممرضين، وبلغ عدد المقاعد البيداغوجية، 100 ممرض للصحة العمومية علاج عام و25 ممرض للصحة العمومية مخبري، و 60 قابلة للصحة العمومية، و 30 ممرضا للصحة العمومية مشغلي أجهزة الراديو.

## ب-الموارد البشرية العاملة في الهيئات الصحية العمومية:

الجدول (30): تعداد الطواقم الطبية والشبه الطبية في المؤسسات العمومية الصحية بولاية الجلفة.

التعداد	الموارد البشرية
193 منهم 21 أخصائي عسكري + 112 طبيب مختص كوبي	طبيب مختص
463 + 17 أجنب + 2 عسكري	طبيب عام
114	جراح الأسنان
23 منهم 02 عسكريين	صيدلي
177	قابلات

عون طبي في التخذير والإنعاش	منهم 01 عسكري 61
شبه طبيين	2807 منهم 03 عسكريين + 128 ممرض كوبي

المصدر: وفق معطيات مديرية الصحة والسكان لولاية الجلفة.

### مؤشرات التغطية الصحية بولاية الجلفة مقارنة بالنسب الوطنية.

الجدول (31): يوضح مؤشرات التغطية الصحية بولاية الجلفة مقارنة بالنسب الوطنية.

النسب الوطنية	النسب الولائية
1268	01 طبيب أخصائي لكل 4546 ساكن
1366	01 طبيب عام لكل من 2399 ساكن
3020	01 جراح أسنان لكل من 7320 ساكن
3470	01 صيدلي لكل من 6185 ساكن
325	01 شبه طبي لكل من 533 ساكن
لكل 1000 ساكن 1.75	1 سرير لكل 1000 ساكن
24118	01 عيادة متعددة الخدمات لكل من 36268 ساكن
6913	قاعة علاج لكل 13188 ساكن

المصدر: وفق معطيات مديرية الصحة والسكان لولاية الجلفة.

ج- النشاط الصحي للقطاع الصحي بولاية الجلفة:  
النشاطات الصحية للسداسي الأول 2020:

الجدول (32): يوضح النشاطات الصحية للسداسي الأول 2020 بولاية الجلفة.

العدد	النشاط
308985	فحص الطب المتخصص
1877495	الفحص الطب العام
301090	طب الأسنان
775556	نشاطات الاستعجالات
8875	العمليات الجراحية
27175	الولادات الطبيعية
5878	الولادات القيصرية

المصدر: وفق معطيات مديرية الصحة والسكان لولاية الجلفة.

النشاط علاج الأورام:

عدد المرضى	عدد حصص العلاج الكيماوي
407	2302

الحالات المحصاة سنويا بمعدل 550 حالة، في سنة 2016 أحصي 523 حالة وسنة 2017 أحصي 563 حالة، وتجدر الإشارة أنّ مرضى السرطان الجلفة يعالجون في مناطق مختلفة من الوطن كواد سوف، ورقلة، البليدة، والجزائر العاصمة.

## نشاط الطب الوقائي:

سجلت إحصائيات الطب الوقائي للسداسي الأول لسنة 2020 :  
 - السل 67 حالة؛ - التسمات الغذائية الجماعية 119 حالة؛ - الأمراض الجنسية 21 حالة؛ الأمراض المتحكم فيها عن طريق التلقيح 969؛ التهاب السحايا 155 حالة؛ الأمراض المتقلة عن طريق المياه 31 حالة؛ الأمراض المتقلة عن طريق الحيوان 3227 .  
 وقد سجلت الولاية حوالي 3781 حالة تسمم عقربي وسجلت على إثرها وفتين.

هذا العدد الهائل من السكان، تقوم على تغطيته صحيا 05 مؤسسات جوارية وستة مستشفيات تتمركز اربعة منها على مستوى الدوائر، دائرة مسعد، دائرة عين وسارة، دائرة حاسي بحبح، ودائرة الادريسية ومستشفين في مركز الولاية، أي ببلدية الجلفة، مستشفى مختلط مدني -عسكري، ومستشفى مركزي محاد عبدالقادر، وهو أكبر مستشفى بالولاية وهو المستشفى محل الدراسة:

تأسست المؤسسة العمومية الإستشفائية المجاهد محاد عبد القادر بالجلفة سنة 1957 تقع بحي محمد شعباني شرق مدينة الجلفة ، وهو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وهو تحت وصاية الوالي، يديره مجلس إداري ويسيرها مدير معين، الذي كان يغطي احتياجات السكان في مجال الوقاية والعلاج عن طريق وحداته القاعدية المتمثلة في مجموع قاعات ومراكز الصحة ومراكز الأمومة والطفولة المنتشرة عبر ثلاث دوائر هي الجلفة، الشارف، الإدرسية، بتعداد سكاني يقارب 500 ألف نسمة تتوزع على خمس بلديات هي: الجلفة، الشارف، القديد والادريسية، عين الشهداء.

إلا إنه وتحديدا بعد صدور المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتعلق بكيفيات إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP أصبح يحمل اسم المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة. وتتكون هذه المؤسسة من مستشفى مركزي مكون من أربعة طوابق، ومستشفى فرعي يتكفل بالأمراض الصدرية، ووحدة للاستعجالات الطبية.

- الاحصاء الدقيق لبلدية الجلفة حسب المكتب البلدي للإحصاء لبلدية الجلفة لسنة 2019 المقدر ب: 468182 نسمة<sup>1</sup>.



## الطاقة الاستيعابية للمصالح الاستشفائية:

الجدول (33) يوضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة.

الوحدات	عدد الأسرة	التخصص	
نساء ، رجال	50 سرير	قسم الطب الداخلي	المستشفى المركزي
	40 سرير	قسم طب الأطفال	
- جراحة عامة (رجال نساء) - جراحة الجهاز البولي - جراحة الأعصاب - جراحة الأطفال	60 سرير	قسم الجراحة العامة	
- العظام والرضوض. - العلاج الوظيفي. - الفحص المتخصص.	38 سرير	طب العظام والرضوض الفحص المتخصص والتكيف الوظيفي	
نساء ، رجال	40 سرير	طب أمراض الكلى وتصفية الكلى	
نساء ، رجال	30 سرير	الأمراض المعدية	
نساء ، رجال	16 سرير	طب أمراض الأذن و الأنف والحنجرة.	
- الخبرة الطبية القضائية - طب السجون	06 أسرة	الطب الشرعي	
نساء ، رجال	10 أسرة	طب الأمراض العقلية	
- المعلومات الصحية - النظافة الإستشفائية		علم الأوبئة	
- وحدة الجراحة - وحدة الطب - وحدة الإنعاش	40 سرير		الاستعجالات الطبية الجراحية
07 غرف		قاعة العمليات	
- الأشعة - سكانير		الأشعة المركزية	

علم الأحياء		المخبر المركزي	
- تسيير المواد الصيدلانية - توزيع الأدوية		الصيدلية	<b>Plateau technique</b>
نساء ، رجال	50 سرير		المستشفى الفرعي لطب أمراض الصدر والسل
	380 سرير		المجموع

المصدر: المديرية الفرعية للنشاطات الصحية.

1-1- أما بالنسبة للموارد البشرية فتحتوي المؤسسة على:

أ- الكوادر الطبية:

الجدول (34) يوضح تعداد وتخصصات الأطباء بالمؤسسة العمومية الإستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة.

العدد	التخصص
77	ممارس أخصائي مساعد
55	طبيب عام
05	صيدلي
00	أستاذ مساعد
00	أستاذ
<b>137</b>	<b>المجموع</b>

ب- الكوادر الشبه طبية: الجدول (35) يوضح تعداد وتخصصات الشبه طبيين بالمؤسسة العمومية الإستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة.

العدد	المرض حسب التصنيف
242	ممرض الصحة العمومية على مختلف درجاتهم وتخصصاتهم.
150	مساعد في التمريض
006	نفساني عيادي
<b>398</b>	<b>المجموع</b>

ج - الكوادر الإدارية: الجدول (36) يوضح تعداد وتخصصات الإداريين والفنيين و العمال المهنيين بالمؤسسة العمومية الإستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة.

العدد	الرتب
85	الإداريون
03	مهندس صيانة العتاد الطبي
39	العمال المهنيون وسائقو سيارات الإسعاف
160	عمال مهنيون متعاقدون
287	المجموع

1-2- الأنشطة الصحية لسنة 2018: الجداول (39.38.37) على التوالي تمثل الأنشطة الصحية للمؤسسة العمومية الاستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر لسنة 2018.

النسبة	عدد أيام الاستشفاء	عدد الاستشفاء	المصلحة
36.62%	802000	222900	النشاط الجراحي
62%	1655	385	النشاط الطبي

عدد حصص تصفية الكلى	عدد المرضى	المصلحة
14291	91	أمراض الكلى والتصفية

الأشعة التقليدية	عدد اليكوغرافي	عدد السكان	المصلحة
36.62%	5500	00	نشاط مصلحة الأشعة

المصدر: المديرية الفرعية للأنشطة الصحية.

## 1-3- الهيكل التنظيمي للمؤسسة:

تتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة من:

## 1-3-1- مجلس الإدارة: تتكون من:

- الإدارة: يديرها مدير وأربعة نواب.

- المديرية: وتتكون من:

أ- المديرية الفرعية للمصالح الصحية:

- مكتب القبول.

- مكتب التعاقد وحساب التكاليف.

- مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها.

ب- المديرية الفرعية للمالية والوسائل:

- مكتب الميزانية والمحاسبة.

- مكتب الصفقات العمومية.

- مكتب الوسائل العامة والهيكل.

ج- المديرية الفرعية للموارد البشرية:

- مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات.

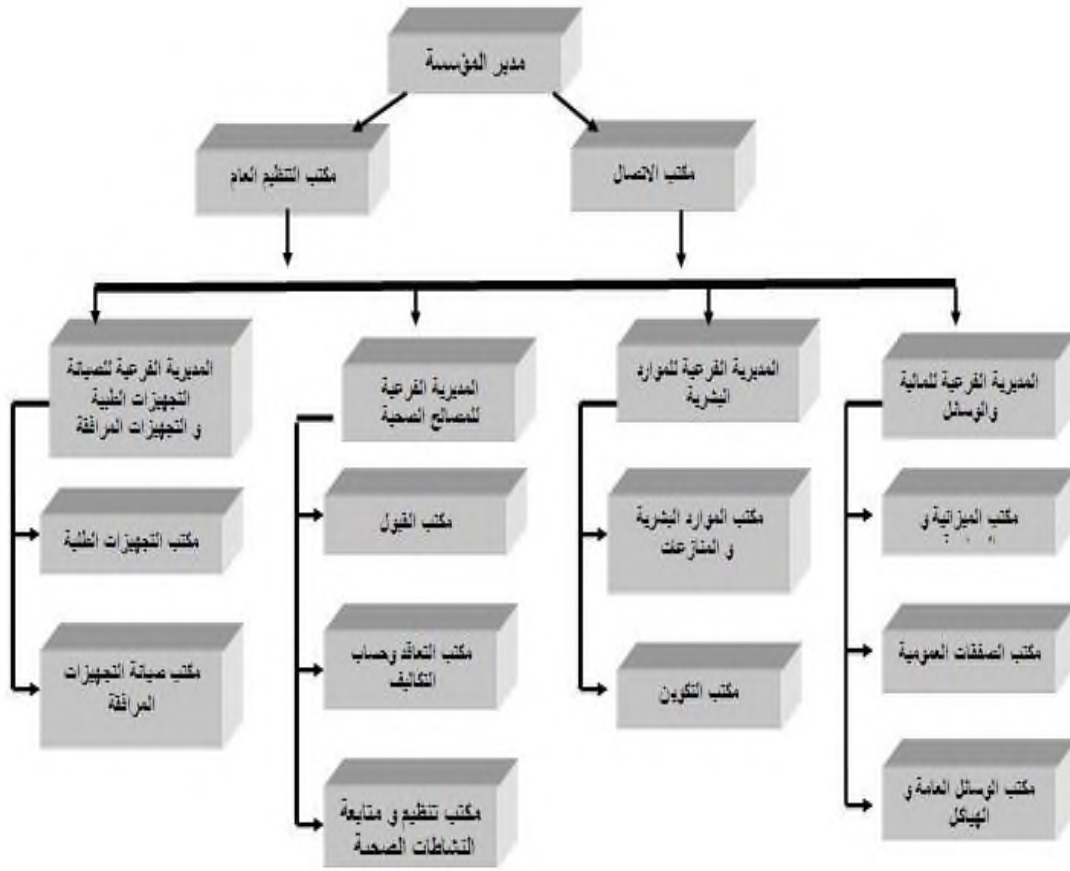
- مكتب التكوين.

د- المديرية الفرعية لصيانة الأجهزة الطبية والأجهزة المرافقة:

- مكتب صيانة الأجهزة الطبية.

- مكتب صيانة الأجهزة المرافقة.

الشكل رقم (09): يوضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة الإستشفائية الجزائرية



المصدر: قرار وزاري مشترك مؤرخ في : 2009/12/20م المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية.

**2 - المجال الزمني:** و القصد بالمجال الزمني المدة أو الفترة التي استغرقها العمل الميداني لهذه الدراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة، حيث نشير في هذا الصدد أنّ المدة التي استغرقتها الدراسة الميدانية كانت عبر مراحل :

**\* المرحلة الأولى: المرحلة الاستطلاعية:** في هذه المرحلة تقربنا إلى الفئة المعنية بالدراسة، وقد وقع اختيارنا على أن يكون ميدان الدراسة بعيدا عن موقع عملنا، كوننا نحن أيضا نعمل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بحاسي بجبج وهذا لنتحرى الموضوعية والابتعاد عن الأحكام المسبقة؛ كما سبق لنا وأن أجرينا في ذات المؤسسة دراسة الماجستير، حيث إتضح لنا أثناء تلك الدراسة واتي كنتت موسومة ب- علاقة الحوافز بالجودة في مجال الصّحة - بأنّ هناك بعض المتغيرات الأخرى غير تلك التي بحثنا فيها، يُعزى لها التأثير على جودة الخدمة

الصحية، كما تبين لنا أنّ هناك غموض في سير الموارد البشرية، ولذلك قمنا ببعض الزيارات الميدانية لبعض المستشفيات لفك بعض الألغاز بالتقرب للفئة المقدمة للخدمة، ليتسنى لنا المقارنة والتعمق في فهم وتفسير بعض السلوكيات وكذا لبناء استمارة البحث:

✘ الزيارة الميدانية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر ببسكرة ليومي: 03 و04 افريل 2017 حيث قمت بزيارة مختلف الأجنحة رفقة نائب المدير المكلف بالانشطات الصحية ، ودارت بيننا نقاشات حول مستوى الخدمة الصحيّة على المستويين المحلي والوطني، واهم الملاحظات التي رصدناها اثناء زيارتنا هو الانضباط في العمل باحترام مواقيت العمل والمطبقة على جميع الفئات العمالية من الأطباء والإداريين والشبه طبيين ... كل في مكان عمله، حسب برنامج العمل، ( المداومة أو الساعات اليومية )، واهمها على الاطلاق تواجد الطبيب المختص في غرفة المداومة بمصلحة الاستعجالات، ولا يغادرها إلا بعد إنتهاء وقت المداومة والملفت للانتباه هو مستوى الرضا لدى الموظفين ويعود ذلك لانتشار العدالة ( الحوافز السلبية والايجابية ) بين الجميع دون تفرقة.

✘ الزيارة الميدانية لمستشفى روية بالجزائر العاصمة 06 ديسمبر 2017 حيث قمت بزيارة ميدانية لمستشفى روية، والذي يضم بعض أقسام استشفائية جامعية يشرف عليها اساتذة في الطب ، ثم قمت بزيارة الأقسام بعد أن طلبت اذنا من مدير المؤسسة، ثم انتقلت إلى مصلحة الاستعجالات اين التقيت بمنسقها، الذي سهل لي المهمة، ودار نقاش مع بعض الاطباء والمرمضين حول نوعية الخدمات المقدمة: وقد رصدنا مجموعة من الملاحظات، كان اهمها أن وجود الاساتذة في الطب داخل المصالح الاستشفائية يساهم في تطوير عمل الأطباء من الناحيتين الاداء والتصرف أو السلوك كما دونا في ملاحظتنا بأنّ صرامة الأساتذة في الطب تنعكس على عمل جميع العمال في مصالحهم، إذ يقوم الطبيب الاستاذ بالإشراف والمراقبة:

- المرض وتشخيصه الطبي ووصف العلاج ومتابعة تطور المرض؛
- أكل المريض، نظافة غرفة المريض والمصلحة ومتابعة اوقات الزيارة؛
- تدريب الاطباء ومتابعة تحسنهم الادائي، ومتابعة ملفات المرضى؛
- بوجوده تتوفر الأجهزة الطبية الملائمة، وصيانتها دوريا ...؛

✘ إعادة الزيارات الميدانية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة: في رسالة الماجستير كانت عينة الدراسة هي الممرضين، ولذلك ارتأينا التقدم إلى الأطباء لدورهم الريادي في التأثير على مستوى الخدمة الصحيّة المقدمة، وعليه تقربنا أكثر إلى النسق الطبي المعالج وبعض المسؤولين وتحدثنا معهم وبحثنا معهم بعض مشاكلهم التي يعانون منها، والتحري عن معوقات الخدمة الصحيّة، وذلك سعياً منا لاستيعاب وضعيتهم، ومستوى الخدمة الصحيّة المقدمة، وكنا في كل خطوة ندون الملاحظات المهمة، وفي هذه المرحلة تم بناء تصويري للاستمارة، وقد استغرقت شهر جانفي 2019 .

\* المرحلة الثانية: والتي امتدت من 08 أفريل إلى 30 أفريل 2019 وفي هذه المرحلة تم عرض الاستمارة على بعض المبحوثين قصد اختبارها للتعرف على مواطن الخلل والغموض، و على إثر ذلك قمنا بتعديل بعض الأسئلة، إذ أجرى الباحث إختبار تجريبي باختبار عينة مكونة من (20) ممرضا وطبيبا من النسق الطبي المعالج بمستشفى الجلفة بعد أن وضّحنا لهم الهدف من إجراء الدراسة التجريبية وأجابوا عليها، وأبدوا ملاحظاتهم سواء اللغوية منها أو المتعلقة بدرجة فهم للأسئلة ودرجة استيعابهم لها وتم تعديل الاستبيان وفقا لذلك، بعد مراجعتها مع المشرف، حيث تم إضافة بعض المصطلحات باللغة الفرنسية لعدم تمكن بعض أفراد العينة من فهم بعض المصطلحات في الاستبيان، وحتى نضفي للاستبيان فهما جيدا وعميقا، فقد وزّعنا استبياننا مترجما باللغة الفرنسية لأننا لاحظنا أن عينة الدراسة وخاصة الأطباء، تمتلك ثقافة باللغة الفرنسية، حيث أجب عنها الأطباء المختصين؛ كما أننا أردنا أن نحفز عينة الدراسة للإجابة على الاستبيان لأنه حسب ما استقيناه من المبحوثين لأول مرة يأتيهم استبياننا باللغتين الفرنسية والعربية، ربما الأمر الذي دفعهم للاهتمام بالموضوع والمشاركة فيه.

كما ساهمت المقابلة التي اجريناها مع السيدة بوبكر فوزية المكلفة بالبرنامج الوطني للتكوين المتواصل يوم 03 جويلية 2019 بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ومقابلة مع السيدة مديرة التكوين بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الأستاذة خوالد ليندة يوم 08 جويلية 2019، حيث استعملت معطياتها في بناء الاستمارة والتحليل السوسولوجي.

\* المرحلة الثالثة: وامتدت هذه المرحلة من 10 جويلية إلى غاية 20 أكتوبر 2019 وفي هذه المرحلة تم توزيع الاستبانة على المبحوثين ثم استردادها من عندهم .

### 3 - المجال البشري :

حسب موضوع البحث وإشكاليته، فإنّ مجتمع الدراسة يشمل الأفراد الأساسيين في تقديم الخدمة الصحيّة في المؤسسة العمومية الاستشفائية محاد عبدالقادر بالجلفة والمتكونة من الفئتين:

أ- فئة الأطباء : وتشتمل الأطباء العامون، الأطباء المختصون، والصيادلة.

ب- فئة الشبه طبيين: وتشتمل على ممرض للصحة العمومية، ممرض رئيسي، ممرض ممتاز، عون طبي في التخدير والإنعاش، محضر صيدلي، مشغل أجهزة الأشعة، مخبري، مساعد في التمريض، أخصائي في علم النفس العيادي، مساعد إجتماعي، مساعد طبي. والجدول التالي يوضح مجتمع الدراسة: الجدول (40) يمثل مجتمع الدراسة.

العدد	الفئات المهنية
77	طبيب مختص
55	طبيب عام
248	ممرض
150	مساعد في التمريض



ثانياً: المجتمع الأصلي للدراسة وعينته:

### 1- مجتمع الدراسة:

يتمثل المجتمع الأصلي للدراسة كما سبق ذكره في المجال البشري من مجموع أطباء وممرضين المؤسسة العمومية الاستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة .

### 2- عينة الدراسة:

العينة هي مجموعة فرعية من عناصر مجتمع معين والمعاينة هي مجموعة من العمليات تسمح بانتقاء مجموعة فرعية من مجتمع البحث بهدف تكوين عينة.

تطرح عملية اختبار العينة الملائمة للدراسة مشكلة تتعلق بمدى تمثيل مجتمع البحث تمثيلاً صحيحاً، يساهم في إمكانية تعميم نتائج الدراسة على كل فرد من أفراد المجتمع الأصلي للدراسة، لذلك كانت هذه الخطوة من أهم الخطوات التي يقوم بها الباحث أثناء قيامه ببحثه وقد حاولنا من خلال الدراسة الراهنة أن تكون العينة التي تم اختيارها متضمنة كل المواصفات التي من شأنها أن تعطي البحث نسبة مقبولة من المصداقية العلمية.

يشمل مجتمع الدراسة كل ممارسي مهنة الطب والتمريض بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محاد عبدالقادر بالجلفة، ووقع اختيارنا على هذا المجتمع للأسباب التالية:

- \* يشكل ممارسو الطب والتمريض العمود الفقري للخدمات الصحية.
- \* يعتبر الممرضون أكثر الفئات العمالية احتكاكاً وتفاعلاً وتعاملاً مع المرضى ولفترات طويلة.
- \* يعتبر الطبيب هو الفاعل الأساسي في الخدمة الصحية لأنه هو من يرسم خطة العلاج من وضع التشخيص إلى وصف الدواء .

\* تمثل فئة الممرضين أكبر فئة من العمال في المستشفى إذ تمثل أكثر من نصف عدد العمال الكلي للمؤسسة.

- وقد تم الاعتماد في اختيار العينة على المسح الشامل وذلك تماشياً مع طبيعة مجتمع البحث.
- لدينا القائمة الإسمية لكافة الأطباء و الممرضين العاملين بالمؤسسة والمتواجدين في الخدمة.
- تم تحديد حجم العينة بنسبة 100% من مجتمع البحث مسح شامل لكل الأطباء والممرضين العاملين بالمؤسسة الإستشفائية محاد عبدالقادر بالجلفة .

**ثالثا : المنهج المستخدم في الدراسة:**

تهدف هذه الدراسة للتعرف على متطلبات الموارد البشرية لجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة، ونظرا لطبيعة الموضوع ومحاولة لتشخيص الظاهرة وكشف جوانبها وتحديد العلاقة بين متطلبات الموارد البشرية وجودة الخدمة الصحية، فقد تمّ الاعتماد على المنهج الوصفي الذي نراه مناسباً لهذا النوع من الدراسة، فالمنهج الوصفي من أكثر المناهج استخداماً وخاصة في مجال البحوث التربوية والنفسية والاجتماعية ويهتم المنهج الوصفي بجمع أوصاف دقيقة علمية للظاهرة المدروسة ووصف الوضع الراهن وتفسيره كما يهدف أيضاً إلى دراسة العلاقة القائمة بين الظواهر المختلفة، ولا يقتصر المنهج الوصفي على جمع البيانات لذلك على الباحث تصنيف البيانات والحقائق وتحليلها تحليلًا كافيًا ثم الوصول إلى تعميمات بشأن الظاهرة موضوع الدراسة.

**رابعا : أدوات جمع البيانات:**

لا يمكن لأي بحث من الأبحاث السوسولوجية أن يتمحور بنائياً و وظيفياً، إلا إذا أمكن للباحث بعد تحديد المنهج المتبع، أن يتصور أداء للمعاينة<sup>1</sup> فالمعاينة تركز على أسس وأدوات تساعد الباحث عند استخدامها في الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تخدم بحثه مع الالتزام بطبيعة بحثه ونوع البيانات المراد جمعها ولقد ركزنا على كل وسيلة تساعدنا على جمع البيانات..

**1-الاستمارة :** ويعرف بأنه "مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين، يتم وضعها في استمارة ترسل للأشخاص المعنيين بالبريد أو يجرى تسلمها باليد تمهيدا للحصول على أجوبة الأسئلة الواردة فيها، وبواسطتها يمكن التوصل إلى حقائق جديدة عن الموضوع أو التأكد من معلومات متعارف عليها لكنها غير مدعمة بحقائق"<sup>2</sup> .

<sup>1</sup> -Rymond quivy , Luc Van compond , **manuel de recherche en sciences sociales** , bordus , paris , 1988 , P 155 .

<sup>2</sup> - عمار بوحوش، محمد محمود الذنيات، **مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث**، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية ، 2009 ، ص 67

فالاستبانة هي أداة فحص للفرضيات وهي أسئلة توجه للمبحوث ويأتي بناء الاستبانة من بعد استقرار الميدان ثم يتم صياغتها، وقد أخضعناها للتجريب وبتطبيقها على عدد من أفراد العينة قدر ب 20 فردا اختيروا بطريقة عشوائية، ثم تم تعديل بعض الأسئلة التي لم يفهمها المبحوثون وإبقاء بعضها لتعرض بعد التجريب على الأستاذ المشرف وعلى بعض الأساتذة ليتم الاستقرار على ما عليه الاستبانة الآن فقد تم توزيع 500 استمارة على الأطباء والمرضى أي بنسبة تقارب 100% من المجتمع الأصلي للمرضى وقد تحصلنا على 344 استمارة كاملة جاهزة للقراءة والتحليل.

استمارة الاستبيان: الهدف منها هو جمع البيانات التي تتعلق بالخصائص العامة للعينة من حيث الجنس، المهنة الممارسة، السن، الحالة العائلية، الأقدمية، والمصلحة الاستشفائية التي يعمل بها.

تم تصميم الاستمارة الخاصة بمتطلبات الموارد البشرية والمكونة من المحاور: الحوافز، التكوين، الرقابة التنظيمية، الثقافة التنظيمية، ومحور المتغير التابع لقياس جودة الخدمات الصحية.

وفيما يتعلق بطريقة الإجابة على بنود المقياس : فقد اشتملت على خمس اختيارات تبدأ بالرفض الشديد لتنتهي بالموافقة الشديدة وفق مقياس ليكرت المتعدد الاختيارات وتتراوح هذه الإجابات من 1 إلى 5، وفق الجدول التالي:

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	2	3	4	5

وقد شمل المقياس في صورته النهائية مجموعة من العبارات موزعة على 05 محاور لقياس عدة مؤشرات لكل محور من محاور المقياس:

عبارات أو الفقرات التي تقيس محور الحوافز: تهدف إلى معرفة مستوى الحوافز التي تقدمها مستشفى الجلظة؛ وتقدر ب 19 عبارة.

☞ عبارات أو الفقرات التي تقيس محور التكوين: تهدف إلى معرفة مستوى التكوين التي تلقاها مقدم الخدمة في مستشفى الجلفة؛ وتقدر بـ 15 عبارة.

☞ عبارات أو الفقرات التي تقيس محور الرقابة التنظيمية: تهدف إلى معرفة مستوى الرقابة التنظيمية التي تمارسها مستشفى الجلفة؛ وتقدر بـ 17 عبارة .

☞ عبارات أو الفقرات التي تقيس محور الثقافة التنظيمية: تهدف إلى معرفة مستوى الثقافة التنظيمية التي تنتجها مستشفى الجلفة؛ وتقدر بـ 21 عبارة.

☞ عبارات أو الفقرات التي تقيس محور جودة الخدمات الصحية: تهدف إلى معرفة مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها مستشفى الجلفة؛ وتقدر بـ 21 عبارة.

## 2- صدق أداة الدراسة :

### أ- صدق المحتوى أو صدق المحكمين:

قام الباحث بعرض أداة الدراسة في صورتها الأولى على عدد معتبر من الأساتذة، إبداء آرائهم في مدى ملائمة العبارات لقياس ما وضعت لأجله، ومدى صياغة العبارات ومدى مناسبة كل عبارة للمحور أو البعد الذي تنتمي إليه، ومدى كفاية العبارات لتغطية كل محور من محاور متغيرات الدراسة الأساسية، هذا بالإضافة إلى اقتراح ما يرويه ضروريا من تعديل في صياغة العبارات أو حذفها، أو إضافة عبارات جديدة لازمة لأداة الدراسة. ونأخذ الأمثلة عن تعديل صياغة بعض العبارات:

الجدول (41) العبارات التي تمّ تعديلها من طرف المحكمين.

العبرة قبل التعديل	العبرة بعد التعديل
تمنح الأجرور بالمستشفى بانتظام شهريا دون تأخر أو إنقطاع.	يفضل حذف إنقطاع، لتصبح العبرة تمنح الأجرور بالمستشفى دون تأخر.
يوفر المستشفى بدلات لائقة وبأعداد كافية .	يوفر المستشفى بدلات للعمل ترقى إلى المستوى المطلوب.
توفر المستشفى جميع الخدمات الصحية ( التحاليل المخبرية، الأشعة، الإيكوغرافيا )	يوفر المستشفى جميع الخدمات الصحية المساعدة من التحاليل المخبرية.
	يوفر المستشفى جميع الخدمات الصحية المساعدة من الفحوصات الراديولوجية - الإيكوغرافي، الأشعة X ، سكاير -

#### ب- ثبات أداة القياس:

قبل إجراء البحوث واختبار الفرضيات لابد من التأكد من موثوقية أداة القياس المستخدمة، حيث تعكس الموثوقية درجة ثبات أداة القياس. ولهذا استخدمنا معامل الثبات ألفا كرونباخ ( Cronbach's alpha ) لقياس مدى ثبات أداة القياس من ناحية الإتساق الداخلي لعبارات الأداة، ويمكن القول أن الحد الأدنى لقيمة المعامل ألفا يجب أن تكون 0.60 وكلما ارتفعت قيمة هذا المعامل دلّ ذلك على ثبات أكبر لأداة القياس.

بعد إدخال العبارات المكونة للاستمارة عدا الخاصة بالبيانات الشخصية والضغط على موافق تبين أن المعامل الثبات يساوي 0.924 هذا يعني أن هناك ثبات في الاستمارة ( يقترب من 1 )، وهكذا بالنسبة لمحور الحوافز حيث بلغ معامل الثبات 0.830، وبالنسبة لمحور التكوين 0.655، وايضا بالنسبة لمحور الرقابة التنظيمية 0.845، وكذلك بالنسبة لمحور الثقافة التنظيمية بلغ فيها معامل الثبات 0.871، وفي الأخير بلغ معامل الثبات 0.865 بالنسبة لمحور جودة الخدمات الصحية. ويمكن تلخيص ذلك في الجدول التالي:

الجدول (42) يوضح ثبات أداة القياس لمحاور الاستمارة.

المتغيرات	عدد العبارات	قيمة الفا كرونباخ
الحوافز	19	0.830
التكوين	15	0.655
الرقابة التنظيمية	17	0.845
الثقافة التنظيمية	21	0.871
متطلبات الموارد البشرية	72	0.924
جودة الخدمة الصحية	20	0.865

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS .

#### ت- اتساق عبارات أداة الدراسة :

ويقصد بصدق الاتساق الداخلي لعبارات الاستبيان: مدى اتساق جميع عبارات الاستبيان مع المحور الذي تنتمي إليه أي أن العبارة تقيس الأمر الذي وُضعت لقياسه ولا تقيس شيء آخر. وعليه قمنا بحساب معامل الارتباط (سبيرمان Spearman) بين درجة كل عبارة من عبارات المحور والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه هذه العبارة: ونلخص مدى الاتساق الداخلي لعبارات كل محور من محاور الاستبيان في الجداول التالية :

- الجدول رقم (43) يوضح الإتساق الداخلي لعبارات محور الحوافز.

محور الحوافز		
العبارات	قيمة Spearman	Sig
العبارة 1	0.568**	.000
العبارة 2	0.568**	.000

.000	0.537**	العبارة 3
.000	0.711**	العبارة 4
.000	0.696**	العبارة 5
.000	0.525**	العبارة 6
.000	0.618**	العبارة 7
.000	0.616**	العبارة 8
.000	0.588**	العبارة 9
.000	0.495**	العبارة 10
.000	0.429**	العبارة 11
.000	0.480**	العبارة 12
.000	0.568**	العبارة 13
.000	0.299**	العبارة 14
.000	0.518**	العبارة 15
.000	0.425**	العبارة 16
.001	0.184**	العبارة 17
.000	0.286**	العبارة 18
.000	0.496**	العبارة 19

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS .

- الجدول رقم (44) يوضح الإتساق الداخلي لعبارات محور التكوين.

محور التكوين		
Sig	قيمة Spearman	العبارات
.000	0.204**	العبارة 1
.000	0.481**	العبارة 2
.000	0.562**	العبارة 3
.000	0.400**	العبارة 4
.000	0.414**	العبارة 5
.000	0.345**	العبارة 6
.000	0.219**	العبارة 7
.003	0.161**	العبارة 8
.000	0.197**	العبارة 9
.000	0.501**	العبارة 10
.000	0.356**	العبارة 11
.000	0.212**	العبارة 12
.000	0.572**	العبارة 13
.000	0.519**	العبارة 14
.000	0.500**	العبارة 15

مصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS .



- الجدول رقم (45): يوضح الإتساق الداخلي لعبارات محور الرقابة التنظيمية.

محور الرقابة التنظيمية		
Sig	قيمة Spearman	العبارات
.000	0.298**	العبارة 1
.000	0.272**	العبارة 2
.000	0.252**	العبارة 3
.000	0.284**	العبارة 4
.000	0.629**	العبارة 5
.000	0.339**	العبارة 6
.000	0.719**	العبارة 7
.000	0.725**	العبارة 8
.009	0.141**	العبارة 9
.000	0.525**	العبارة 10
.000	0.741**	العبارة 11
.000	0.787**	العبارة 12
.000	0.727**	العبارة 13
.000	0.659**	العبارة 14
.000	0.528**	العبارة 15
.000	0.572**	العبارة 16

العبارة 17	0.660**	.000
------------	---------	------

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

الجدول رقم (46) يوضح الإتساق الداخلي لعبارات محور الثقافة التنظيمية.

محور الثقافة		
العبارات	قيمة Spearman	Sig
العبارة 1	0.679**	.000
العبارة 2	0.724**	.000
العبارة 3	0.674**	.000
العبارة 4	0.240**	.000
العبارة 5	0.359**	.000
العبارة 6	0.582**	.000
العبارة 7	0.603**	.000
العبارة 8	0.571**	.000
العبارة 9	0.286**	.000
العبارة 10	0.449**	.000
العبارة 11	0.423**	.000
العبارة 12	0.476**	.000
العبارة 13	0.436**	.000

.000	0.641**	العبارة 14
.000	0.216**	العبارة 15
.000	0.589**	العبارة 16
.000	0.720**	العبارة 17
.000	0.632**	العبارة 18
.000	0.413**	العبارة 19
.000	0.545**	العبارة 20
.000	0.590**	العبارة 21

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS.

الجدول رقم (47) يوضح الإتساق الداخلي لعبارات محور جودة الخدمات الصحية.

محور جودة الخدمة الصحية		
Sig	قيمة Spearman	العبارات
.000	0.701**	العبارة 1
.000	0.777**	العبارة 2
.000	0.749**	العبارة 3
.000	0.782**	العبارة 4
.000	0.638**	العبارة 5
.000	0.577**	العبارة 6

.000	0.611**	العبارة 7
.000	0.721**	العبارة 8
.000	0.278**	العبارة 9
.000	0.244**	العبارة 10
.000	0.579**	العبارة 11
.000	0.631**	العبارة 12
.000	0.419**	العبارة 13
.000	0.196**	العبارة 14
.000	0.475**	العبارة 15
.000	0.611**	العبارة 16
.000	0.366**	العبارة 17
.000	0.602**	العبارة 18
.000	0.567**	العبارة 19
.000	0.468**	العبارة 20

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS

## ج-المعالجة الإحصائية :

أُدخلت البيانات بعد جمعها من الميدان وترميزها إلى الحاسوب، لتعالج بواسطة البرنامج الإحصائي للعلوم الإجتماعية ( SPSS ) واستخدمت المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومعامل الارتباط سبيرمان والتكرارات والنسب المئوية، وأخيرا الرسوم البيانية لزيادة الإيضاح لخصائص مجتمع البحث.

أُعطي الفقرات ذات المضمون الإيجابي (5) درجات عن كل إجابة (بغير موافق بشدة ) ، و(4) درجات عن كل إجابة ( غير موافق ) ، و(3) درجات عن كل إجابة ( محايد ) و(2) درجة عن كل إجابة ( موافق ) ، و(1) عن كل إجابة ( موافق بشدة ) .  
وفيما يلي عرض جداول توضح إجابات العينة وتقديرها العام وتقديرها عن كل محور من محاور الإستبيان:

الجدول رقم (48): الوزن النسبي للمتوسطات وتقديرها فيما يتعلق بالعبارات.

البدائل	الوزن النسبي
غير موافق بشدة	1.80-1.00
غير موافق	2.61-1.81
محايد	3.41-2.62
موافق	4.21-3.42
موافق بشدة	5.00-4.22

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS.

الجدول رقم (49): الوزن النسبي للمتوسطات وتقديرها فيما يتعلق بالمحاور.

الوزن النسبي	المستويات	المحور
34.2-19	منخفض جدا	الحوافز
49.4-34.3	منخفض	
64.6-49.5	متوسط	
79.8-64.7	مرتفع	
95-79.9	مرتفع جدا	
27-15	منخفض جدا	التكوين
39-27.1	منخفض	
51-39.1	متوسط	
63-51.1	مرتفع	
75-63.1	مرتفع جدا	
30.6-17	منخفض جدا	الرقابة التنظيمية
44.2-30.7	منخفض	
57.8-44.3	متوسط	
71.4-57.9	مرتفع	
85-71.5	مرتفع جدا	
37.8-21	منخفض جدا	الثقافة التنظيمية
54.6-37.9	منخفض	

71.4-54.7	متوسط	
88.2-71.5	مرتفع	
105-88.3	مرتفع جدا	
36-20	منخفض جدا	جودة الخدمة الصحية
52-36.1	منخفض	
68-52.1	متوسط	
84-68.1	مرتفع	
100-84.1	مرتفع جدا	
129.6-72	منخفض جدا	متطلبات الموارد البشرية
187.2-129.7	منخفض	
244.8-187.3	متوسط	
302.4-244.9	مرتفع	
360-302.5	مرتفع جدا	

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS.

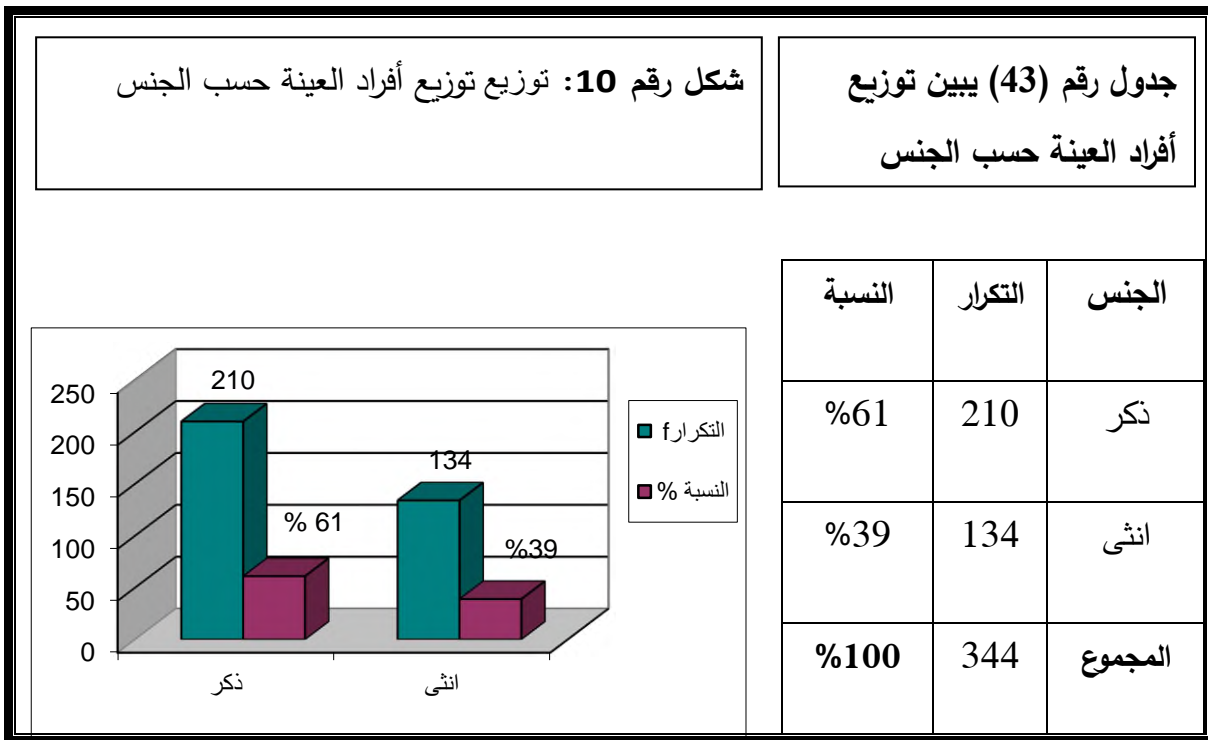
## خامسا: تحليل البيانات الشخصية للمبحوثين :

من خلال هذا المعطى سنتطرق إلى عرض البيانات الشخصية للمبحوثين من خلال المعطيات النسبية التي حصلنا عليها وسنحاول على إثرها تحليل هذه البيانات وفق متغيرات الدراسة.

## 1- متغير الجنس:

توزيع العينة حسب الجنس

الجدول (50) : توزيع العينة حسب الجنس:



على غرار العديد من المؤسسات فإنّ اليد العاملة التي تعمل في المستشفيات هي من الجنسين ( ذكور و إناث )، ونلاحظ من الجدول أنّ توزيع العينة كان على النحو التالي: الذكور 61 %، الإناث 39 %.

وهذا لطبيعة العمل في المستشفيات الذي يفرض وجود الجنسين في آن واحد لوجود مصالح خاصة بالنساء، وأخرى خاصة بالرجال، وبالتالي لا بد من توفر الجنسين لتقديم العلاج، ونلاحظ أيضا أنّ نسبة الذكور أكثر من نسبة الإناث، وهذا لكون المجتمع مازال محافظا يفضل بقاء المرأة في البيت أو العمل في مجال التعليم وبالرغم من ذلك فإنّ المرأة

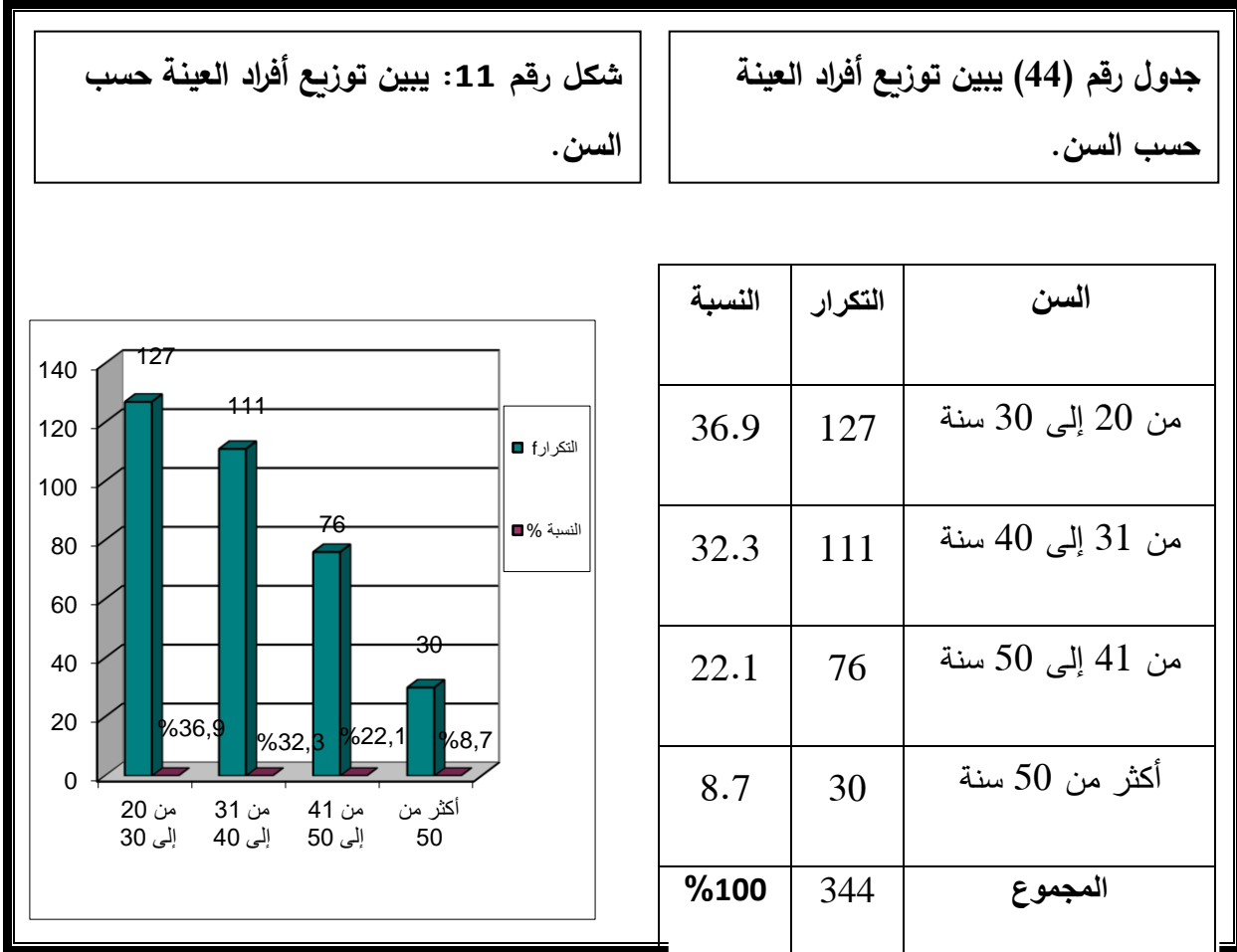


أصبحت تتجه لهذا النوع من الأعمال، كون عمل الطب وخاصة التمريض في الأصل عمل أنثوي، ففي الدول الأوروبية نجد الممرضة *Infirmière* ومن القليل النادر أن نجد الذكور في هذه المهنة. هذا وتجدر الإشارة أنّ عمل المرأة يدور حوله نقاش كبير، خاصة المرأة المتزوجة، فالعمل في المستشفى، من الأعمال ذات الدوام الدائم أي العمل بالليل والنهار وعلى مدار الأسبوع، ولذلك تجد المرأة صعوبة في العمل بالدوام، وفي نهايات الأسبوع، وخاصة الأمهات؛ ولذلك في بعض المستشفيات الجامعية، يشترط الأستاذ رئيس المصلحة لقبول المرأة المتزوجة العمل في مصلحته أن تحمل مرة كل ثلاثة أو خمس سنوات!!!.

## 2- متغير السن:

توزيع العينة حسب السن.

الجدول (51): توزيع العينة حسب السن



من الجدول رقم (44) نجد أن الفئة الأكثر تواجدا هي الفئة من (20-30 سنة) بنسبة 36.9% ثم تليها فئة (31-40) سنة بنسبة 32.3% ثم فئة (41-50 سنة) بنسبة 22.1% وأخيرا فئة أكبر من 50 سنة بنسبة 8.7%.

الفئة الأولى وهي الفئة الشابة لها توجهات خاصة ولها نظرة لما يدور في المستشفى.

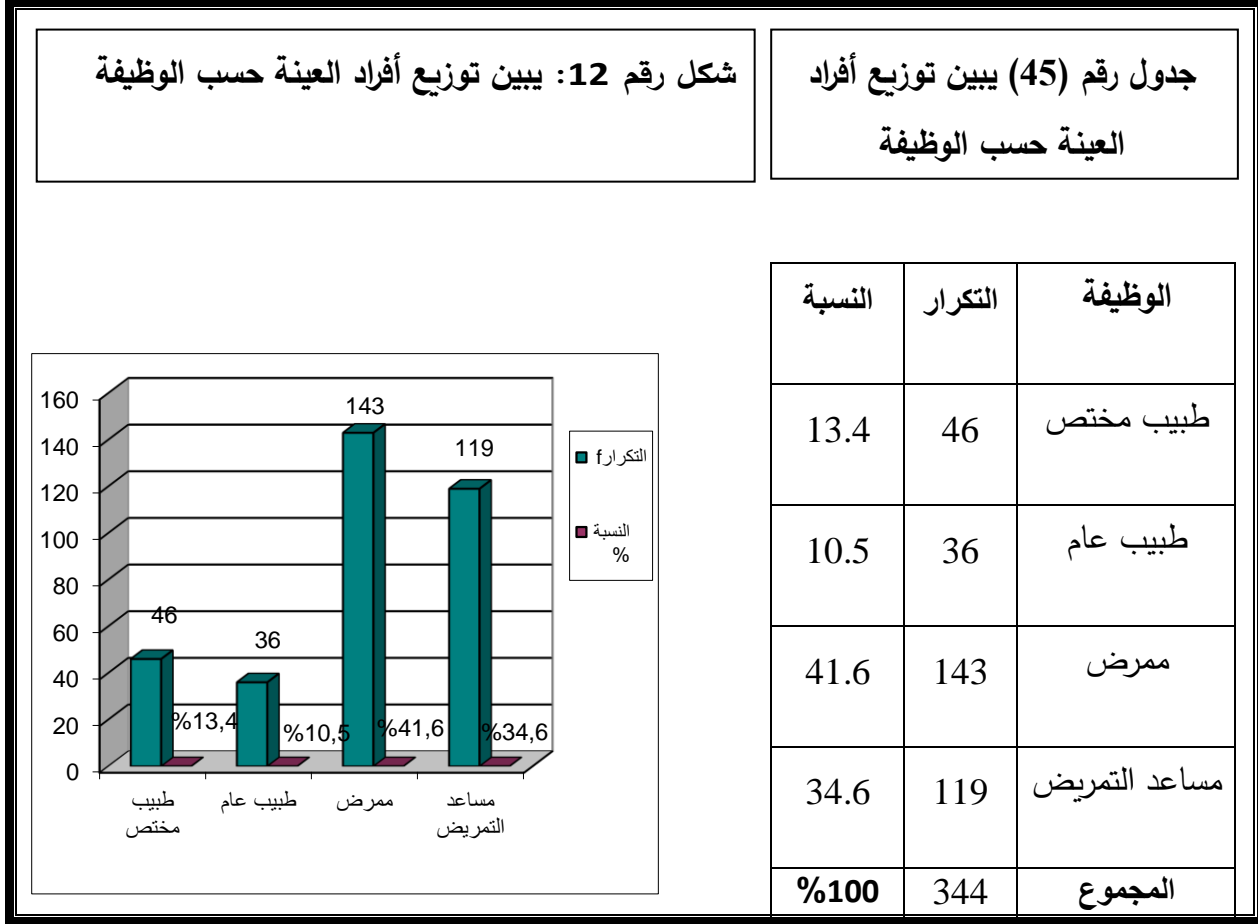
الفئة الثانية تمتاز بأنها في أوج عطائها وتمتلك خبرة لا بأس بها.

الفئة الثالثة تمتلك خبرة لا بأس بها فهي مطلعة على ما يدور في المستشفى، وأخيرا فئة الكهول وهي فئة صغيرة تمتاز بالهدوء والرزانة.

## 3- متغير الوظيفة:

توزيع العينة حسب الوظيفة.

الجدول (52): توزيع العينة حسب الوظيفة :



من الجدول رقم (45) نجد أن الفئة الأكثر تواجدا هي فئة الممرضين بنسبة 41.6% ثم تليها فئة مساعدي التمريض بنسبة 34.6% ثم فئة الأطباء الأخصائيين 13.4% وأخيرا نسبة 10.5% الأطباء العاميين.

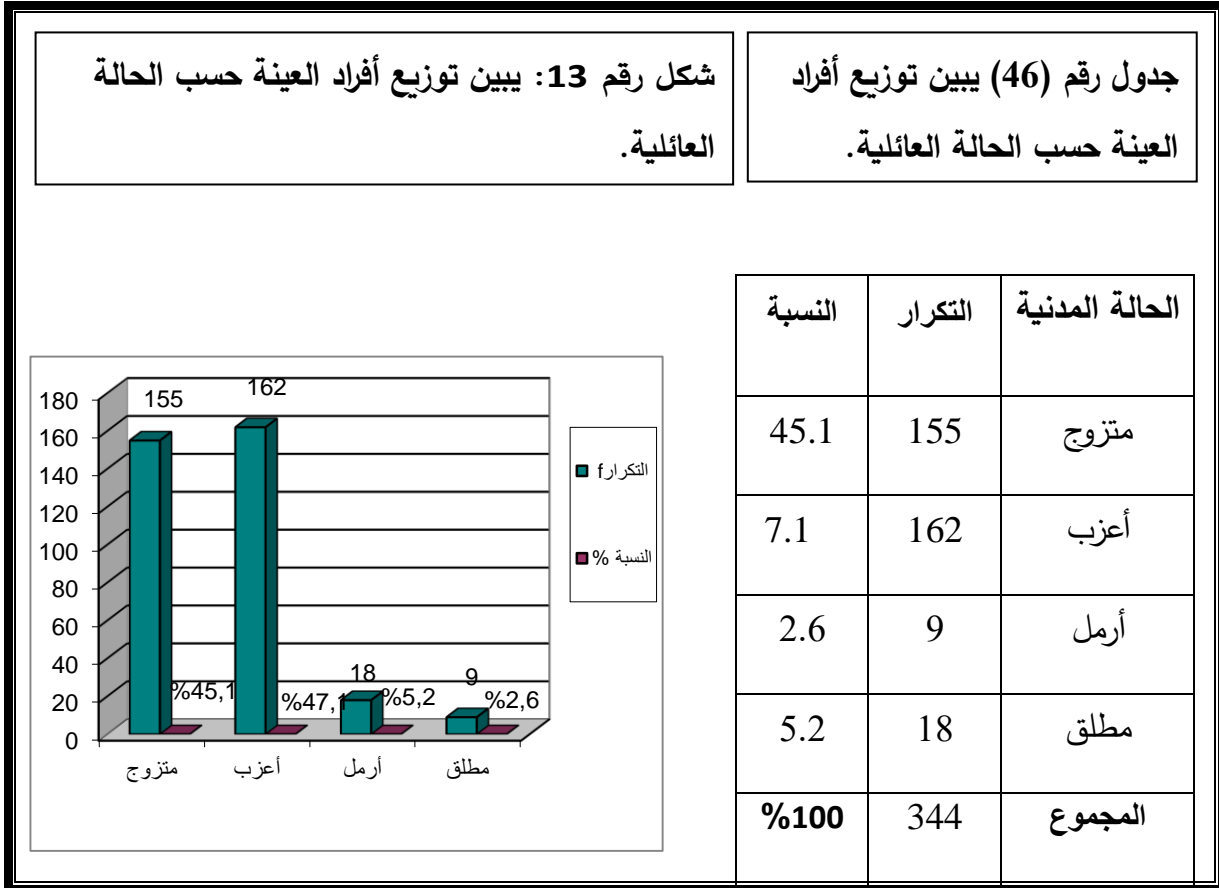
الفئة الأولى الممرضون يضاف إليهم فئة مساعدي التمريض وبذلك تصبح أكبر نسبة والتي تقدر بـ 76.2% لأنه في الواقع العملي في المستشفى يمارس مساعدي التمريض نفس المهام التي يمارسها الممرض؛ وهذه النسبة هي الأكبر لأن المهام التمريضية في المستشفى هي الأكثر، ولذلك يتطلب تواجد عدد كبير من الممرضين، وتأتي المرتبة الثانية للأطباء الاختصاصيين هذا من حيث التعداد والمرتبة الأولى من حيث الأهمية، فالطبيب الأخصائي هو من يقود العملية العلاجية، من وضع التشخيص إلى وصف الدواء، ويساعد في ذلك

الطبيب العام، وينوب عن الطبيب الاختصاصي في حالة غيابه، وهذا في بعض الاختصاصات.

#### 4- متغير الحالة العائلية:

توزيع العينة حسب الحالة العائلية.

الجدول رقم (53): يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.



شكل رقم 13: يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.

جدول رقم (46) يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.

من خلال المعطيات الإحصائية الواردة في هذا الجدول يتبين أنّ نسبة 47.1% من أفراد عينة البحث هم من العزاب وأنّ نسبة 45.1% من أفراد العينة من المتزوجين، ونسبة 2.6% من أفراد العينة من الأرمال ونسبة 5.2% من المطلقين.

يلاحظ من المعطيات أنّ الأغلبية من العزاب، حيث أصبح الشباب العامل بالمؤسسة يؤخرون الزواج حتى يتمكنوا من تكوين أنفسهم، كما أنّ سن الزواج عند الأطباء يتأخر بسبب السنوات العديدة التي يقضونها في الجامعة، ولذلك يتأخر سن الزواج عند هذه الفئة.

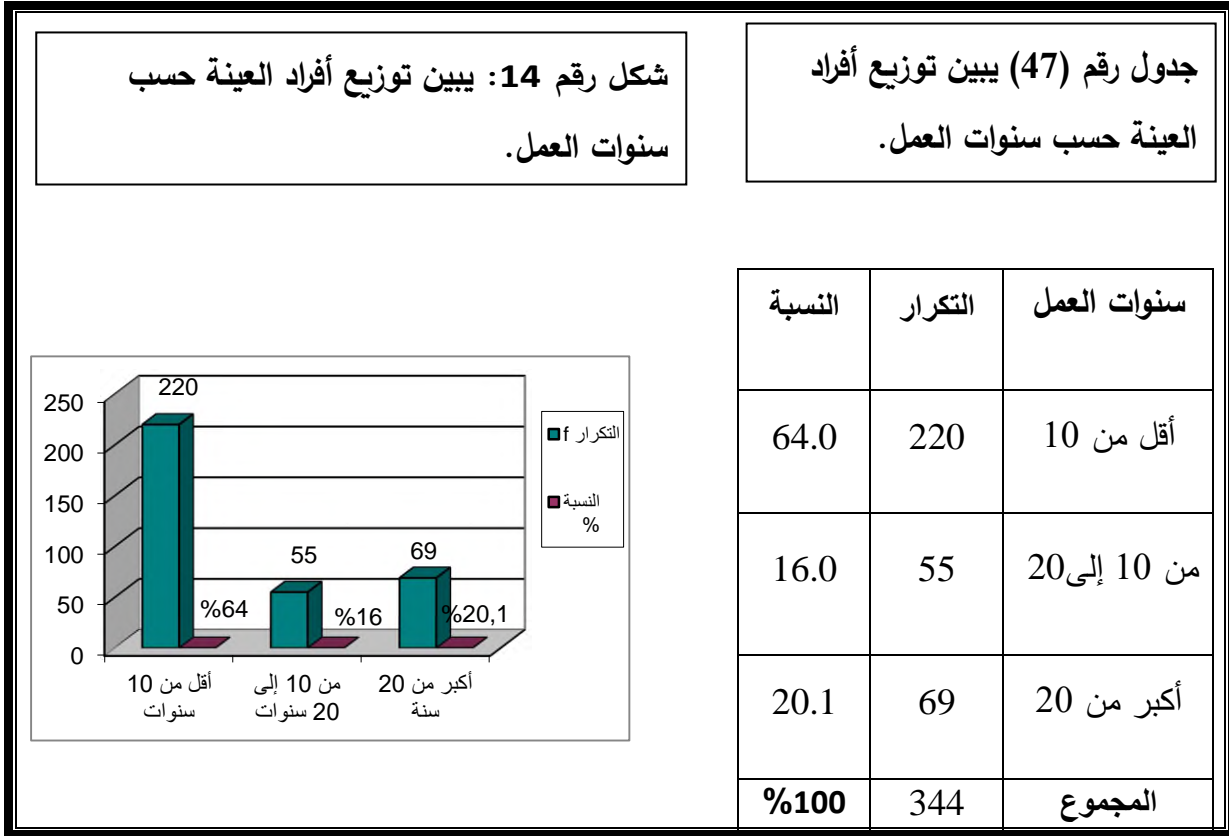
المتزوجون أقدر من غيرهم على تحمل المسؤولية، وأحرص على أداء الأعمال التي يكلفون بها لأنّ إرتباطهم الأسري يجعلهم أكثر إرتباطاً بالمؤسسة التي هي بالنسبة إليهم

مصدر رزقهم لذلك فهم أشد حرصا على تحقيق أهدافها، ومن جهة أخرى إتجاه الرجل في المجتمع الجزائري نحو الزواج بالمرأة العاملة، وخاصة في مجال الطب والتمريض، وفي الكثير من الأحيان يتم الزواج بين الزملاء في العمل.

## 5- متغير سنوات العمل:

توزيع العينة حسب سنوات العمل

الجدول رقم (54): يبين توزيع أفراد العينة حسب سنوات العمل.



من خلال المعطيات الإحصائية الواردة في هذا الجدول يتبين أنّ نسبة 64% من أفراد عينة البحث هم من لديهم خبرة أقل من 10 سنوات ثم تليه نسبة 20.1% ممن تتراوح خبرتهم بين 10 و 20 سنة، وفي الأخير تأتي نسبة 16.0% من الذين تفوق خبرتهم 20 سنة.

نستخلص من هذه النسب أنّ المستشفى يملك فريقاً من الطواقم الطبية الجديدة والتي قدرت بـ 64% ويلاحظ نقص في ذوي الخبرة، ومن خلال ما تقدم نستنتج أنّ مستشفى الجلفة تقوم بفتح باب التوظيف كل سنة للطواقم الطبية والشبه طبية، إلا أنّ المستشفى مازالت تعاني من النقص العددي؛ وتجدر الإشارة أنّ الأطباء والمرضى يفضلون العمل في المؤسسات الصحية الجوارية لقلة كثافة العمل ...

**خلاصة الفصل:**

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل التعرض للخطوات المنهجية التي تم استخدامها في هذه الدراسة، وتعرضنا لأهم الأدوات المنهجية التي استخدمت مباشرة في جمع وتحليل البيانات الميدانية، بالإضافة إلى التعرض إلى مجالات الدراسة الثلاثة، ومدى ملائمة المنهج المتبع لموضوع الدراسة.

ولقد تشكلت هذه العناصر والأدوات في مجملها سندا منهجيا ساعد في تسيير ومعالجة الموضوع ميدانيا وتوفير بيانات هامة ومتنوعة عنه وكانت في نفس الوقت بمثابة الجسر الذي يمكننا من المرور إلى المراحل الأخيرة من البحث الميداني.

# الفصل السابع

## عرض وتحليل بيانات ونائج الدراسة

أولاً: عرض ومناقشة نتائج محور جودة الخدمة  
الصّحية

ثانياً: عرض ومناقشة نتائج محور الحوافز وارتباطه  
بنتائج جودة الخدمة الصّحية

ثالثاً: عرض ومناقشة نتائج محور التكوين وارتباطه  
بنتائج جودة الخدمة الصّحية

رابعاً: عرض ومناقشة نتائج محور الرقابة التنظيمية  
وارتباطه بنتائج جودة الخدمة الصّحية

خامساً: عرض ومناقشة نتائج محور الثقافة التنظيمية  
وارتباطه بنتائج جودة الخدمة الصّحية



**تمهيد:**

تكمن أهمية الدراسات الميدانية بمدى مساهمة هذه الأخيرة في بلورة نتائج علمية وعملية تمكن من حل الكثير من المشاكل الاجتماعية المتعلقة بالظواهر الاجتماعية، فالفائدة التطبيقية للدراسات الاجتماعية الميدانية هي أفكار ترسخ في ذهن الباحث وينتظرها المجتمع في شكل برامج ومقترحات علمية، ولذلك سنحاول في هذا الفصل مناقشة وتحليل المعطيات التي جمعت من المؤسسة العمومية الإستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة حول جملة من المسائل المتعلقة بموضوع الدراسة ومتغيراته المستقلة والتابع.

ولتحقيق هذا المسعى اعتمدنا في هذا الجانب على تكميم البيانات باستعمال برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistique package for sociale SPSS sciences)، حيث استخدمنا المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية ومعامل الارتباط سييرمان والتكرارات والنسب المئوية، لتحليل وتفسير الواقع المدروس ولقد تدرجنا في هذا الفصل من عرض ومناقشة متغير جودة الخدمة الصحية، لننتقل إلى عرض ومناقشة المتغيرات التابعة للدراسة ( الحوافز، التكوين، الرقابة التنظيمية، الثقافة التنظيمية)، وربطها بالمتغير التابع - جودة الخدمات الصحية-.

## أولاً: عرض ومناقشة نتائج محور جودة الخدمة الصحية.

أ- التحليل الإحصائي للبيانات الميدانية المتعلقة بمتغير جودة الخدمة الصحية:  
الجدول رقم (55): يوضح التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة بجودة الخدمة الصحية.

تقدير العبارة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارة
			%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
غير موافق بشدة	0.90	1.60	1.5	5	4.7	16	5.8	20	28.2	97	59.9	206	1
غير موافق بشدة	0.94	1.67	1.2	4	6.4	22	6.7	23	29.7	102	56.1	193	2
محايد	0.75	1.52	1.2	4	1.2	4	4.9	17	34.3	118	58.4	201	3
محايد	1.08	2.43	2.0	7	15.7	54	30.2	104	27.6	95	24.4	84	4
غير موافق	1.10	3.19	2.9	10	50.6	174	21.2	73	13.4	46	11.9	41	5
محايد	0.87	1.56	1.5	5	4.4	15	3.8	13	29.1	100	61.3	211	6
محايد	0.90	1.66	1.2	4	4.9	17	7.0	24	32.8	113	54.1	186	7
غير موافق بشدة	0.86	1.64	1.7	6	2.0	7	8.4	29	34.0	117	53.8	185	8
غير موافق	0.96	3.23	2.9	10	43.9	151	33.7	116	12.2	42	7.3	25	9
غير موافق	0.91	3.28	3.2	11	44.5	153	34.6	119	12.8	44	4.9	17	10

بشدة													
غير موافق بشدة	0.94	2.58	1.7	6	15.4	53	32.6	112	39.2	135	11.0	38	<b>11</b>
غير موافق بشدة	0.98	2.74	2.3	8	19.2	66	41.0	141	25.6	88	11.9	41	<b>12</b>
موافق بشدة	0.93	2.70	1.5	5	13.1	45	54.1	186	16.6	57	14.8	51	<b>13</b>
محايد	0.94	1.73	1.2	4	7.8	27	3.8	13	37.2	128	50.0	172	<b>14</b>
محايد	1.25	2.54	2.6	9	32.8	113	6.1	21	33.1	114	25.3	87	<b>15</b>
غير موافق بشدة	0.78	1.64	0.9	3	2.3	8	6.4	22	40.7	140	49.7	171	<b>16</b>
غير موافق بشدة	0.80	1.60	0.9	3	2.6	9	7.0	24	34.6	119	54.9	189	<b>17</b>
محايد	0.78	1.56	0.9	3	2.3	8	5.5	19	34.3	118	57.0	196	<b>18</b>
محايد	1.04	3.54	13.1	45	48.3	166	25.3	87	6.1	21	7.3	25	<b>19</b>
غير موافق بشدة	0.95	3.16	3.2	11	36.6	126	41.6	143	10.2	35	8.4	29	<b>20</b>
محايد	0.99	3.13	4.4	15	33.7	116	42.2	145	10.5	36	9.3	32	<b>21</b>

المصدر: استبيان الدراسة ( فقرات المحور الثاني )

من خلال البيانات الإحصائية المعروضة في الجدول أعلاه، نلاحظ أنّ عينة الدراسة تعتبر جودة الخدمة الصحيّة ذات أهمية بالغة لكونها مطلب ملح من المجتمع لارتباطها بحياة الإنسان؛ حيث جاءت نتائج بيانات إجابات المستجوبين تقارع واقع أبعاد الجودة في المؤسسة الاستشفائية بالجلفة، فتفاوتت فيها النتائج بين غير موافق بشدة وغير موافق لفقرات الاستمارة، وقد تم ترتيب هذه الفقرات كما يلي:

□ صنفت الفقرة الأولى من المقياس " يحرص الفريق الطبي على تقديم الخدمة الصحيّة بالشكل الصحيح من المرة الأولى وبدقة وبدون أخطاء في الفحص والتشخيص " في المرتبة الخامسة عشر لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 37.5%، وبمتوسط حسابي بقيمة 2.14، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.07؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 23.3% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير 60.8% من المبحوثين بأنّ الفريق الطبي لا يستطيع تقديم الخدمة الصحيّة بشكل عام بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى دون خطأ في الفحص أو التشخيص؛ بينما ترى نسبة 11.4% من المبحوثين بأنّ الفريق الطبي بمستشفى الجلفة يقدم خدمة صحيّة بصفر خطأ في الفحص والتشخيص؛ في حين فضلت نسبة 27.9% من المبحوثين موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثانية من المقياس " يعمل الفريق الطبي وفق معايير علمية لحماية وسلامة المريض " في المرتبة التاسعة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 48% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.86، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.03؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 30.5% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 78.5% من المبحوثين بأنّ الفريق الطبي بمستشفى الجلفة لا يعمل وفق معايير علمية لضمان حماية وسلامة المريض؛ بينما ترى نسبة 11.1% من المبحوثين بأنّ الفريق الطبي بمستشفى الجلفة يعمل وفق معايير علمية لضمان حماية وسلامة المريض؛ في حين فضلت نسبة 10.5% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثالثة من المقياس " يعمل الفريق الطبي وفق ما توصلت إليه العلوم الطبيّة الحديثة " في المرتبة السابعة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 52.6% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.71، وبانحراف معياري

يقدر بـ 0.9؛ ويضاف لهذه النسبة ، نسبة 29.4% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة ، وبذلك تشير نسبة 82% من المبحوثين بأنّ الفريق الطبي بمستشفى الجلفة لا يعمل وفق ما توصلت إليه العلوم الطبية الحديثة.

□صنفت الفقرة الرابعة من المقياس " يلتزم الفريق الطبي بالوعود التي يقطعها إتجاه المريض في تقديم الخدمات العلاجية " المرتبة العاشرة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 46.2% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.89 وبانحراف معياري يقدر بـ 1.01؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 29.1% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 75.3% من المبحوثين بأنّ الفريق الطبي بمستشفى الجلفة لا يفي بالوعود التي يعطيها للمريض، بينما ترى نسبة 11.7% بأنّ الفريق الطبي العامل بمستشفى الجلفة يفي بالوعود التي يقطعها مع المرضى في حين اختارت نسبة 15.1% من المستجوبين خيار الحياد.

□صنفت الفقرة الخامسة من المقياس " يوفر المستشفى جميع الخدمات المساعدة من التحاليل المخبرية " في المرتبة الثانية عشر لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بتكرار 155 مفردة من عينة الدراسة و بنسبة 45.1%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.90، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.96، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 32.3% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 77.4% من المبحوثين بأنّ مستشفى الجلفة لا يتوفر فيه جميع التحاليل المخبرية؛ بينما اختارت نسبة 11.7% من المستجوبين خيار أنّ مستشفى الجلفة تتوفر فيه جميع التحاليل المخبرية.

□صنفت الفقرة السادسة من المقياس " يوفر المستشفى جميع الخدمات المساعدة من الفحوصات الراديولوجية " في المرتبة الثامنة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بتكرار 174 مفردة من عينة الدراسة و بنسبة 50.6% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.74، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.90، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 30.8% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 81.4% من المبحوثين بأنّ مستشفى الجلفة لا يتوفر فيه جميع الفحوصات الراديولوجية.

□صنفت الفقرة السابعة من المقياس " تتوفر بالمستشفى جميع الاختصاصات الطبية الجراحية " في المرتبة السادسة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن

مضمون الفقرة، بتكرار 195 مفردة من عينة الدراسة، و بنسبة 56.7% و بمتوسط حسابي بقيمة 1.51، و بانحراف معياري يقدر بـ 0.65، و يضاف لهذه النسبة، نسبة 36.6% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، و بذلك تشير نسبة 93.3% من المبحوثين بأنّ مستشفى الجلفة لا يتوفر فيه جميع الاختصاصات الطبية و الجراحية.

□ صنفت الفقرة الثامنة من المقياس "يغطي المستشفى جميع الحالات الاستعجالية بشكل فعال" في المرتبة الحادية عشر لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بتكرار 156 مفردة من عينة الدراسة و بنسبة 45.3% و بمتوسط حسابي بقيمة 1.84، و بانحراف معياري يقدر بـ 0.93، و يضاف لهذه النسبة، نسبة 31.1% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، و بذلك تشير نسبة 76.4% من المبحوثين بأنّ مستشفى الجلفة لا تُغطّي فيه كل الحالات الاستعجالية بشكل فعال؛ بينما فضلت نسبة 18% من المبحوثين موقف الحياد .

□ صنفت الفقرة التاسعة من المقياس " يتسم سلوك أعضاء الفريق الطبي بالحس الإنساني في معاملة المرضى" في المرتبة العشرين لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 11% و بمتوسط حسابي بقيمة 3.18 و بانحراف معياري يقدر بـ 0.96 و يضاف لهذه النسبة ، نسبة 4.7% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، و بذلك تشير نسبة 15.7% من المبحوثين بأنّ سلوك أعضاء الفريق الطبي بمستشفى الجلفة لا يتسم بالحس الإنساني في معاملته مع المرضى؛ بينما ترى نسبة 46.48% من المبحوثين بأنّ سلوك الفريق الطبي العامل بمستشفى الجلفة يتسم بالحس الإنساني في معاملته مع المرضى؛ في حين فضلت نسبة 40.1% من عينة الدراسة موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة العاشرة من المقياس " يعمل الفريق الطبي على بعث الأمل و الطمأنينة في نفسية المريض" في المرتبة التاسعة عشر لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 11.6% و بمتوسط حسابي بقيمة 3.12، و بانحراف معياري يقدر بـ 0.98 و يضاف لهذه النسبة، نسبة 7% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، و بذلك تشير نسبة 18.6% من المبحوثين بأنّ أعضاء الفريق الطبي بمستشفى الجلفة لا يعملون على بعث الأمل و الطمأنينة في نفسية المريض؛ بينما ترى نسبة

41.6 % من المبحوثين - وهي النسبة الأكبر - بأنّ الفريق الطبي العامل بمستشفى الجلفة يعملون على بعث الأمل والطمأنينة في نفسية المريض؛ في حين فضلت نسبة 39.8 % من عينة الدراسة موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الحادية عشر من المقياس " يستجيب المريض لكل تعليمات وإرشادات الفريق الطبي " في المرتبة السادسة عشر لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 34.6% وبمتوسط حسابي بقيمة 2.17، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.03 ويضاف لهذه النسبة، نسبة 23.8% بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 58.4% من المبحوثين بأنّ المريض لا يستجيب لإرشادات وتعليمات الفريق الطبي المعالج؛ بينما ترى نسبة 9.3% من المبحوثين أنّ المريض يتبع تعليمات وإرشادات الفريق الطبي؛ في حين فضلت نسبة 32.3% من عينة الدراسة موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثانية عشر من المقياس " يضع المريض كامل ثقته في كفاءة الفريق الطبي " في المرتبة الرابعة عشر لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 38.1% و بمتوسط حسابي بقيمة 2.12، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.04 ويضاف لهذه النسبة، نسبة 22.7% بغير موافق عن مضمون الفقرة ، وبذلك تشير نسبة 68.8% من المبحوثين أجابت بأنّ المريض لا يضع كامل ثقته في كفاءة الفريق الطبي المعالج؛ بينما ترى نسبة 10.5% من المبحوثين أنّ المريض يضع كامل ثقته في كفاءة الفريق الطبي المعالج؛ في حين فضلت نسبة 28.8% من عينة الدراسة موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثالثة عشر من المقياس " تتوفر بالمستشفى معدات وأجهزة طبية حديثة ومتطورة " في المرتبة الرابعة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 60.5% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.56، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.81، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 27% بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 87.5% من المبحوثين بأنّ الأجهزة الطبية الموجودة بالمستشفى غير متطورة وغير حديثة.

□ صنفت الفقرة الرابعة عشر من المقياس " تتوفر بالمستشفى الأدوية الضرورية " في المرتبة الثامنة عشر لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون

الفقرة، بنسبة 18.6 % و بمتوسط حسابي بقيمة 2.88، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.17. ويضاف لهذه النسبة، نسبة 18% بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 36.6 % من المبحوثين بأنّ الأدوية في مستشفى الجلفة غير متوفرة؛ بينما ترى 47.28% من عينة الدراسة - وهي نسبة كبيرة بالنسبة للنسبة غير موفقة- بأنّ مستشفى توفر الأدوية الضرورية؛ في حين فضلت نسبة 20.3% من المبحوثين موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الخامسة عشر من المقياس "يوفر المستشفى الأدوية بالكميات المناسبة" في المرتبة الثالثة عشر لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 38.4% و بمتوسط حسابي بقيمة 1.93، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.91. ويضاف لهذه النسبة، نسبة 36% بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 74.4 % من المبحوثين بأنّ الأدوية في مستشفى الجلفة غير متوفرة بالكميات المناسبة؛ في حين فضلت نسبة 19.8% من المبحوثين موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة السادسة عشر من المقياس "يولي المستشفى أهمية بالغة للسجلات الطبية" في المرتبة الخامسة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 58.4% و بمتوسط حسابي بقيمة 1.63، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.90. ويضاف لهذه النسبة، نسبة 26.5% بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 84.9 % من المبحوثين بأنّ مستشفى الجلفة لا تولي أهمية بالغة للسجلات.

□ صنفت الفقرة السابعة عشر من المقياس "يتمتع أعضاء الفريق الطبي بمظهر ملائم" في المرتبة السابعة عشر لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 27.9% و بمتوسط حسابي بقيمة 2.50، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.09. ويضاف لهذه النسبة، نسبة 12.8% بغير موافق عن مضمون الفقرة ، وبذلك تشير نسبة 40.7% من المبحوثين بأنّ الفريق الطبي لا يتمتع بمظهر ملائم؛ بينما ترى نسبة 18.6% من المبحوثين بأنّ الفريق الطبي بمستشفى الجلفة يتمتع بمظهر لائق؛ في حين فضلت نسبة 40.7% من المبحوثين موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثامنة عشر من المقياس "يوفر المستشفى أماكن للانتظار مناسبة وغرف للمرضى نظيفة وجميلة" في المرتبة الثالثة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 74.1% و بمتوسط حسابي بقيمة 1.38، وبانحراف



معياري يقدر بـ 0.75 ويضاف لهذه النسبة، نسبة 18.6% بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 92.7% من المبحوثين بأن مستشفى الجلفة لا تتوفر على أماكن للانتظار مناسبة وغرف للمرضى نظيفة وجميلة.

□صنفت الفقرة التاسعة عشر من المقياس "يوفر المستشفى غرف مناسبة للمداومة الليلية للأطباء الأخصائيين" في المرتبة الثانية لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 77.9% و بمتوسط حسابي بقيمة 1.32، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.7 ويضاف لهذه النسبة، نسبة 15.4% بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 93.3% من المبحوثين بأن مستشفى الجلفة لا توفر غرف مناسبة للمداومة للأطباء الأخصائيين.

□صنفت الفقرة العشرون من المقياس "يوفر المستشفى وجبة غذائية بالكمية والنوعية المناسبة لحالة الصحية للمريض" في المرتبة الأولى لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 80.8% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.23 وبانحراف معياري يقدر بـ 0.52 ويضاف لهذه النسبة، نسبة 16.3% بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 97.1% من المبحوثين بأن الوجبات الغذائية في مستشفى الجلفة غير متوفرة بالكميات المناسبة.

## II: التحليل السوسيولوجي لمحور جودة الخدمات الصحية :

لقد قمنا بتقسيم محور جودة الخدمة الصحية إلى أبعاد، وهذا تماشيا مع ما قام به بعض المهتمين في هذا المجال في دراساتهم، هذه الأبعاد تعد بمثابة مؤشرات لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية بميدان الدراسة، ووقع اختيارنا على نموذج دونا بديان Donabedian كونه يتلاءم مع دراستنا، ويتكون هذا النموذج من ثلاثة مجموعات من أبعاد جودة الخدمة الصحية:

1- البعد الفني: والذي يتمثل في تطبيق العلم والتكنولوجيا في المستشفى وتقابل هذا البعد في مقياسنا المؤشرات التالية:

- يحرص الفريق الطبي على تقديم الخدمة الصحيّة بالشكل الصحيح من المرّة الأولى وبدقة وبدون أخطاء في الفحص والتشخيص.
- يعمل الفريق الطبي وفق معايير علمية لحماية وسلامة المريض؛
- يعمل الفريق الطبي وفق ما توصلت إليه العلوم الطبية الحديثة؛
- يوفر المستشفى جميع الخدمات المساعدة من التحاليل المخبرية؛
- يوفر المستشفى جميع الخدمات المساعدة من الفحوصات الراديولوجية؛
- تتوفر بالمستشفى جميع الاختصاصات الطبية الجراحية؛
- يغطي المستشفى جميع الحالات الاستعجالية بشكل فعّال؛
- تتوفر بالمستشفى معدات وأجهزة طبية حديثة ومتطورة؛
- تتوفر بالمستشفى الأدوية الضرورية؛
- يوفر المستشفى الأدوية بالكميات المناسبة؛

لقد اتضح لنا من خلال الجدول رقم (48) للتحليل الإحصائي، بأنّ الاتجاه العام لعينة الدراسة في إجابتها عن الفقرة: " يحرص الفريق الطبي على تقديم الخدمة الصحيّة بالشكل الصحيح من المرّة الأولى وبدقة وبدون أخطاء في الفحص والتشخيص." بغير موافق بشدة ، وبغير موافق، بنسبة 60.8%، يعزو الباحث هذه النتيجة إلى وجود وعي لدى الفريق الطبي المعالج بمستشفى الجلفة، وإدراكه، بل واعترافه بوجود اختلالات جوهرية في تقديم الخدمة الصحيّة، التي قد تصل إلى درجة الخطأ في التشخيص، وبالتالي الإخلال بوضع خطة للعلاج مناسبة؛ والتي تنعكس عواقبها على صّحة المريض بالعجز أو التأخر في الشفاء، إن لم نقل قد تؤدي في بعض الأحيان إلى الوفاة؛ هذه الاختلالات مرتبطة بعوامل ومؤشرات أدت إلى ظهور هذه النتيجة، منها ما تناولناه في مقياسنا كغياب التحليل المخبرية والشعاعية... ساهمت بشكل كبير في اتساع رقعة حدوث الخطأ وتأخر التشخيص.

وقبل هذا تجدر الإشارة إلى أنّ الطالب في الطب والعلوم الشبه طبية يُلقن مبدأ مفاده " قبل أن تتعلم كيف تعالج المريض، يجب أن تتعلم كيف عليك أولاً عدم الإضرار به." فالأخطاء البشرية في مجملها تنقسم إلى ثلاثة أنواع :

- 1- أخطاء الإهمال. 2- أخطاء فنية. 3- أخطاء متعمدة.

وهنا نتكلم على النوعين الأولين من الأخطاء، ( الإهمال، والفني )، وهما الأكثر شيوعاً وانتشاراً داخل المستشفيات، فالعمل الطبي يقوم على تقديم الخدمة اللازمة للمريض وبذل الجهد والعناية في مساعدته وإشفائه دون الإضرار به، لكن الخطأ صفة إنسانية، وهذه الجملة نجدتها كثيرة التداول بين الأطباء والمرضى في المستشفيات ( L'erreur est Humaine)؛ لم يستطع الإنسان رغم تقدمه العلمي والاجتماعي، والاقتصادي، من أن يتخلص منه، فهو باختصار تعبير حقيقي أولاً عن كون علوم الطب والأمراض بطبيعتها علوم غير يقينية وتخمينية إلى حد ما وهي ثانياً تعود إلى الإنسان نفسه كإنسان غير كامل وغير تام، فهو غير معصوم، ولكن خطأ الطبيب يكلف الكثير لأن موضوعه ببساطة هو الإنسان، جسده، وصحته وحياته فهذا الإنسان كما ترى كل المجتمعات " أغلى ما تملك " لأنه عنصر البناء والتطور لكل مجتمع.

وقد تعزى الأخطاء إلى فعل الطبيب أو العامل الطبي، أو للفريق الطبي ككل أثناء عملهم مع الطبيب.

سنحاول أن نسرد بعض أخطاء التشخيص التي تتكرر في المستشفيات، على سبيل الاستئناس والتوضيح أو كما يقال، بالمثال يفهم المقال:

●\* جاء مريض إلى قسم الاستعجالات وهو يعاني من أعراض جلطة قلبية ( ألم في الصدر ، خدران في اليد اليسرى، تقيؤ، وغثيان ) وأجري له تخطيط القلب ( والذي تُبين فيما بعد حين قرأه زميله، وجود علامات ومتغيرات تشير إلى جلطة قلبية ) وأعتبر أن هذه آلام عضلية، ووصف له مضادات الألم؛ وأعيد المريض بعد بضع ساعات إلى الاستعجالات و هو في وضع صعب؛ وهذه أحسن الحالات، ومنهم من قضى نحبه في بيته نتيجة خطأ التشخيص، وأنّ الحالات مثل هذه تتكرر مئات المرات في مختلف الأقسام بالمستشفيات.

●\* وفي مثال آخر عن خطأ الفريق الطبي؛ بات من المعلوم لدينا، أنّ العمل الطبي مع المريض في غالبية يبدأ من لحظة طلب المريض المساعدة الطبية في قسم الاستعجالات أو بالمركز الصحي، ثم قسم التسجيل في قسم الاستعجالات، والذي تحوله لإجراء الفحوصات المخبرية أو الشعاعية اللازمة، ويطلب الطبيب المختص لمعاينته، فقسم التسجيل ثم إلى القسم الذي يقيم فيه للعلاج، ثم قسم العمليات مثلاً لإجراء الجراحة التي يتشارك فيها فريق

كبير من العاملين الجراحين وأطباء التخدير وتمريض العمليات، لكي نصل في النهاية إلى إنجاز العملية الجراحية . فواضح جدا أنّ هذا العمل يتكون من حيثيات وأفعال كثيرة، التي قد يحدث في أي منها أخطاء صغيرة لا ينتبه لها أحد، وهذا بسبب عدم إضرارها مباشرة بالمريض، ولكن في لحظة ما في العمل الجراحي أو عمل التخدير يحصل الخطأ الطبي الذي سيحدث الضرر للمريض.

تعتبر هذه أمثلة بسيطة كما سبق و أشرنا إليه بأنّها يوميات المستشفى التي تتكرر فيها الأخطاء بأشكال وفي أوقات وأمكنة مختلفة و تعود الأسباب المساهمة في حدوث الأخطاء أو التأخر في ضبط تشخيص المريض إلى جملة من الافتراضات نوجزها في:

⊠ **أخطاء في التطبيق** نتيجة عن قلة التركيز أو فشل الذاكرة في إتمام عمل ما كما أريد له أن يتم، أو العامل الطبي في هذا العمل الطبي يعرف ما يريد فعله تماما لكن في لحظة الفعل، فإنّه يستبدله بفعل آخر، أو لا تسعفه الذاكرة أثناء عمله فينسى عمل شيء ما كان يجب عمله فينتج عن ذلك كله عملا لم يتحقق فيه ما أراه الطبيب أو العامل الطبي، مما يشكل خطأ طبيا من الممكن أن يؤدي إلى الإضرار بالمريض.

⊠ **الأخطاء المتعلقة بضعف المعرفة والمهارة الفنية** وليس بالتطبيق، فالطبيب يخطئ في تقديره للمواقف وحالة المريض في أي مرحلة من مراحل العمل الطبي، بحيث أنّه وصل إلى تقديم الحل أو الفعل الخاطئ الذي لا يتناسب مع حالة المريض الحقيقية، فيقوم الطبيب بتقديم العلاج الذي وجده مناسباً لحالة المريض، ولكن هذا العلاج كان في حقيقة الأمر علاجاً خاطئاً مما نجم عنه إضرار بالمريض.

⊠ **عوامل متعلقة بضغوط العمل:** إنّ العمل لساعات طويلة في اليوم أو في الدوام لمدة 24/سا، وأنّ قيام الطبيب أو العامل الطبي بمعالجة ومتابعة أعداد كبيرة من المرضى كل ذلك يؤدي إلى التعب والإرهاق وقلة التركيز، حيث يمهد لوقوع في الخطأ. العمل في أقسام الاستعجالات مع حالات طارئة صعبة، خاصة مع وجود مرافقين وأهل بأعداد كبيرة يشتت الذهن ويضعف القدرة على الإنجاز، مما يؤثر على كل العاملين في قسم الاستعجالات مما يدفع العمل الطبي نحو الخطأ.

☒ **الخصائص الشخصية لمقدم الخدمة الصحية:** في كثير من الأحيان يتمتع العامل في العمل الطبي بثقة زائدة في معرفته وقدراته مما يجعله يرفض طلب المساعدة أو الاستشارة من زملائه في تقديم حلول صحية ومناسبة للحالات المرضية الصعبة التي يتعرض لها.

☒ **العوامل المتعلقة بالمريض نفسه:** فهناك عوامل تتعلق بالمريض نفسه قد تهيء لوقوع العامل في العمل الطبي في الخطأ، إذ يستطيع المريض من خلال إعطاء المعلومات الكافية والوفائية عن حالته الصحية وتاريخه المرضي، مساعدة الطبيب في تشخيص مرضه. كأن ينسى المريض ذكر حساسيته من بعض الأدوية أو تناوله لبعض الأدوية ...

☒ **المتعلقة بالمستشفى:** العوامل قدرات المؤسسة الإدارية والتنظيمية لإدارة وتنظيم وضبط العمل الطبي وتوفير الوسائل كالأجهزة الطبية وتوفير المصالح المساعدة في تقديم الخدمة الصحية :

أ- **التحاليل المخبرية:** تعتبر مصلحة المخبر ( Laboratoire ) من الركائز الأساسية والمهمة في سلسلة نشاط تقديم الخدمة الصحية، إذ يوضع على الهيكل التنظيمي لكل للمستشفيات، مصلحة المخبر، التي تتكون بدورها من مجموعة من الوحدات، كوحدة البيوكيمياء Biochimie، وحدة علم البكتيريا Bactériologie، وحد الدم Hématologie، ووحدة حقن الدم PTS... حيث يسهر على العمل فيها أطباء اختصاصيين في البيولوجيا، أو علوم الدم Hématologue... ويشرف أحد هؤلاء الأطباء الاختصاصيين على تسيير وتنظيم المصلحة، ويسمى طبيب رئيس المصلحة، يساعده ممرضون للصحة العمومية تخصص مخبري أو بيولوجيون متخرجون من الجامعة تخصص بيولوجيا ( ليسانس أو ماستر)، حيث يوضع أحدهم - عادة من إختيار الإدارة - كإطار رئيس للوحدة، أي يوضع لكل وحدة إطار ليشرف على سير وتنظيم الوحدة، ويشرف على مجموعة من المخبريين العاملين في تلك الوحدة؛ ويشرف منسق شبه طبي لتنسيق نشاطات الوحدات مع بعضها البعض.

تساهم التحاليل المخبرية بشكل كبير في مساعدة الطبيب في:

- \* تحديد التشخيص الدقيق من الطبيب بالاعتماد على النتائج المخبرية.
- \* مراقبة مسار المرض مع مرور الوقت.
- \* تقييم استجابة الجسم لعلاج معين.

\* تحديد التغيرات التي تترافق مع وجود مشكلة صحية معينة، وذلك قبل ظهور أعراض هذا المرض.

\* دعم وضع خطة علاجية مناسبة للمرض.

اما من حيث الموقع المكاني للمختبرات في المستشفيات، فإنه تتواجد بالقرب من الاستعجالات كما هو الحال بمستشفى الجلفة، وقريب من المصالح الاستشفائية أين يرقد المرضى، كما أنها قريبة من غرفة العمليات الجراحية بهدف تحقيق السرعة في إيصال العينات، وتلقي النتائج.

- وقد جاءت نتائج عينة الدراسة لتجيب على الفقرة " يوفر المستشفى جميع الخدمات المساعدة من التحاليل المخبرية " بغير موافق بشدة، وبغير موفق بنسبة 77.4% لتشير بأن المخبر بمستشفى الجلفة لا يوفر جميع التحاليل الطبية، وفي مقابلاتنا ونقاشاتنا مع بعض الأطباء والمرضى إشتكوا من عدم مصداقية بعض نتائج التحاليل المخبرية، وفي تقديرهم يعود ذلك لعدم جدية المخبريين في العمل أو لعدم الأجهزة المخبرية، مما يدفع من بعض الأطباء الى إرسال العينات الى المخابر عند الخواص، وأي خواص، فهناك ايضا منهم من فقد المصداقية عند الأطباء.

كما يشتكي المخبريون بمستشفى الجلفة من كثرة إرسال العينات الى المخبر، وفي إعتقادهم أن الأطباء يصفون التحاليل للمرضى من أجل إسكاتهم فقط، ولا تهمهم نتائج التحاليل ، بدليل ترك نتائج التحاليل لعدة أيام مرمية في المخبر دون مراجعتها.

ب- الأشعة (Radiologie): تعد الفحوصات الشعاعية من الوسائل التشخيصية المهمة والتي لا يمكن الاستغناء عليها أي مستشفى مثلها مثل المخبر، ويرأس المصلحة طبيب مختص في الأشعة يساعده أطباء متخصصون مثله في الأشعة رفقة طاقم من المرضى متخصصين في تشغيل أجهزة الراديو، ويُسير بنفس الطريقة التي أشرنا إليها في المخبر وعادة ما تكون مصلحة الأشعة قريبة من مصلحة المخبر، ليسهل نقل المريض على جناح السرعة، وهذا ما لاحظناه بمستشفى الجلفة، وعليه فهذا القسم يمتاز بدرجة خطورة واضحة للعاملين فيه، خاصة من جراء تعرضهم المستمر للإشعاع اثناء عملية التصوير الشعاعي؛ ويقوم قسم الأشعة بإجراء نوعين من الفحوصات الشعاعية وهما:

- **الفحوصات الشعاعية التقليدية:** وتشتمل الفحوصات الإعتيادية التي يحتاجها عدد كبير من المرضى يوميا ، مثلا اشعة الصدر والعظام ...

- **الفحوصات الشعاعية المتطورة:** وتشتمل فحوصات الرنين المغناطيسي وكذلك السونار، والأشعة المقطعية ( السكانر) ... أما من حيث طبيعة العمل في هذا القسم فإنها تتطلب درجة معينة من التنسيق والاتفاق المسبق مع الأقسام السريرية في تحديد مواعيد اجراء الفحوصات والكيفية التي يتم بها الفحص، فضلا عن الاستعداد المسبق للمريض لأخذ الصور الشعاعية سواء كان ذلك في الامتناع عن تناول الفطور والسوائل أو بالعكس.

وتشير نسبة 81.4% من عينة الدراسة في الإجابة عن الفقرة المتعلقة بتوفر الأشعة بمستشفى الجلفة، بعدم توفرها بالشكل المناسب، وقد لاحظنا تذمر بعض المرضى من تصرفات أطباء مصلحة الأشعة، كونهم يعملون بالمحاباة، خاصة في وحدة السكانر، مما لفت إنتباهنا تقسيم الأطباء لأيام الشهر أي الطبيب يعمل أيام المناوبة فقط، ليقضي باقي الشهر ببيته، وهذه العادة منتشرة بكل اقسام المستشفى وبالخصوص عند الأطباء الاختصاصيين، يحدث هذا أمام أعين الإدارة التي لا تملك أي سلطة على الأطباء، وهذا مخافة أن يغادر هؤلاء الأطباء المستشفى. في حين يشير عمال هذه المصلحة بالضغط الكبيرة التي تمارس عليهم، وخاصة في ظل غياب أطباء الاختصاص عبر تراب الولاية، مما يدفع مرضى الولاية واستعجالاتها المحتاجة للسكانير لطلب الخدمة.

### ج - الأجهزة الطبية المتطورة:

الأجهزة الطبية هي مجموع الآلات الكهربائية الميكانيكية التي تساعد الأطباء على الوقاية والتشخيص والعلاج وتأهيل المرضى بعد الإصابة بالأمراض بمأمونية وفعالية، وتساهم بشكل كبير في سرعة الشفاء، وتعمل على توفير الراحة لهم و توفير وقت الطبيب في التشخيص السريع للمرض، فيعد وجودها ضروري مع الأطباء، حيث يوجد هناك أنواع من الأمراض التي لا يمكن اكتشافها إلا بواسطتها. كما توجد أمراض لا يمكن الشفاء منها إلا باستعمالها.

- الأجهزة الطبية التي تستعمل للوقاية: كأجهزة التعقيم التي تستعمل لقتل الجراثيم، ولا يمكن الاستغناء عليها في المستشفيات.



- الأجهزة الطبية التشخيصية: تستخدم في تشخيص المرض لدى المريض بسرعة ودقة عالية، نذكر منها أجهزة التخطيط القلبي، التي من المفروض أن تكون متواجدة بكل الأقسام أجهزة قياس الثوابت الحيوية ( قياس ضغط الدم، التنفس، نبضات القلب...) وهي أيضا من الضروري أن تكون متواجدة بجميع الأقسام. وهناك أجهزة الطبية الثقيلة، كأجهزة الأشعة ( سكانر، جهاز التصوير بالأمواج الفوق صوتية )...

- الأجهزة الطبية العلاجية: تساعد الأطباء في توفير العلاج المناسب للمريض لسرعة شفائه من المرض بشكل كبير، كجهاز غسيل الكلى...

وتختلف الأجهزة الطبية بكمياتها ونوعيتها باختلاف المؤسسة الصحية، فالمؤسسات الجوارية تختلف أجهزتها عن المؤسسات الاستشفائية كما ونوعا، والمستشفيات التقليدية تختلف أجهزتها من حيث الكم والكيف والنوع عن المستشفيات المتخصصة وتوفير حاجة المختصين والفنيين والمهنيين في الكادر الصحي يعتمد اعتمادا رئيسيا على كمية ونوع الأجهزة الطبية. وتكثر الحاجة للأجهزة الطبية للمستشفيات والمراكز الصحية، والتي يتوافر فيها مختبرات طبية وتكنولوجيا الأشعة والتحليل الطبية والمناظير والعلاج الطبيعي إلى جانب غرف العمليات التي تحتاج إلى أجهزة متطورة وحديثة ودقيقة. كما تحتاج هذه الأجهزة إلى الصيانة الدورية أي إلى أيدي فنية قادرة على تصليح الاعطاب بدقة وبسرعة، وإلى قطع غيار متوفر على مدار السنة. بينما جاءت نتائج الدراسة صادمة إذ يرى نسبة 87.5 % من العينة بأن مستشفى الجلفة لا تتوفر على أجهزة طبية حديثة ومتطورة، الأمر الذي ينعكس على مستوى الخدمات المقدمة، فمثلا غرفة العمليات تحتاج إلى الكثير من الأجهزة، وكذلك الشأن إلى كل الأقسام، كاحتياجها لأجهزة قياس الثوابت الحيوية، عدم توفر أجهزة تعقيم غرف المرضى ... بمعنى قلة وغياب وسائل وأجهزة - الكشف المبكر و العلاج والوقاية -.

د- غياب المناخ التنظيمي المناسب.

هـ - غياب المتابعة والرقابة .

و- تشجيع الإبداع ومحااربة هدر الموارد ودوران العمل.

أصبح من المؤكد أنّ حجم الأخطاء الطبية الحقيقي، يفوق بكثير ما يطفو على السطح، خاصة أن أغلب هذه الأخطاء، تحدث دون أن تسبب أضرارا للمريض. ثم أن كثيرا من



المرضى يموتون وقد تركوا في عتمة عدم معرفة لأسباب موتهم الحقيقية، وقد أشار Christian Schubert في مقاله المنشور في مجلة: International Journal of humanities and social science vol 2 , N°22 (Nov2012)، أنه في أحد الأبحاث الطبية ، الذي تناول تشريح مرضى متوفين في قسم الإستجالات في أحد المستشفيات الغربية أنّ نسبة 40% منهم توفوا بسبب عدم تشخيص المرض بالشكل الصحيح.

وبعد أن رأينا الأسباب والعوامل المساهمة في عرقلة الفريق الطبي بمستشفى الجلفة لتقديم خدمة طبية دون أخطاء في التشخيص والفحص؛ يجزئنا الحديث إلى التساؤل عن مدى إمكانية مستشفى الجلفة بتقديم خدمة صحية ترقى إلى مستوى لابس به يرضي تطلعات المجتمع، وهذا بالتعمق أكثر في الأسباب التي أدت إلى ذلك، فما كان لنا إلا بتحليل بعض المؤشرات التي تدل على هذا المعطى والتي جاء ذكرها في الاستبيان بالشكل التالي:

⊗ حول الإجابة عن مدى توافر الاختصاصات الطبية الجراحية بمستشفى الجلفة فكانت نتيجة إجابة عينة الدراسة بأن مستشفى الجلفة لا تتوفر بها جميع الاختصاصات الطبية والجراحية بنسبة 93.3% وهي نسبة مرتفعة دالة على واقع الحال بغياب الكثير من الاختصاصات الطبية الجراحية ونقدم بعض الأمثلة البسيطة عن مدى أهمية الاختصاص داخل المستشفى:

- فكثير من الحالات المرضية تحتاج إلى اختصاص معين للتكفل بذلك، وقد لا يتوفر داخل المستشفى؛ الأمر الذي يدعو إلى تحويل المريض إلى الجهات التي يتوفر فيها هذا الاختصاص، وعادة ما تكون الوجهة إلى المستشفيات الجامعية. ويُشترط في تحويل المريض أن يتم أخذ موعد من المؤسسة المستقبلية؛ وقد لاحظنا في ميدان العمل بأنه تعطى مواعيد بعيدة الأمد حتى تسوء حالة المريض أو يموت، وفي الكثير منها لا يتحصل على موعد ولذلك يُحول المريض بدون انتظار الرد أو الحصول على موعد؛ ليجوب المريض جل مستشفيات الشمال- البلدية أو العاصمة، علّه يضفر على سرير، وإلا العودة به إلى المستشفى، وفي بعض المرات يستعان بأهل المريض لمساعدته للحصول على موعد لمريضهم تُستعمل فيه المعارف...

- كما توجد حالات مرضية تستدعي تدخل فريق طبي متعدد التخصصات *équipe médicale Multi-displinaires*؛ ويتكون فريق الطبي المتعدد الإختصاصات من مجموعة من الأطباء الاختصاصيين القادمين من تخصصات عديدة من نفس المؤسسة حيث يشكلون فريقا واحدا بهدف التكفل ببعض الحالات المرضية؛ مثال ذلك الفريق الطبي الذي أنشأه البروفيسور أرزقي بالمستشفى الجامعي بالبلدية للتكفل بمعالجة الجلطات الدماغية التي تُستقدم الى المستشفى في الساعات الأولى من حدوث الجلطة، ويتكون الفريق من أطباء إختصاصيين في (الإنعاش والتخدير، القلب والشرابين، الأعصاب، الأشعة).

✘ حول الإجابة عن مدى تغطية مستشفى الجلفة للحالات الاستعجالية بفعالية فكانت نتيجة إجابة عينة الدراسة بأنّ مستشفى الجلفة لا تغطي الحالات الاستعجالية بفعالية، بنسبة 76.4% وهي نسبة مرتفعة دالة على واقع الحال، وهي نتيجة منطقية إذا ما رأينا الإجابات السابقة حول عدم توفر التحاليل المخبرية والفحوصات الإشعاعية وعدم توفر كل الإختصاصات الطبية والجراحية؛ وفي بعض الحالات يُحول فيها المريض الى المستشفيات الجامعية لأسباب بسيطة. ويضاف إلى هذا أنّ نسبة 36.6% من عينة الدراسة تشير إلى عدم توفر الأدوية بمستشفى الجلفة وهي نسبة معتبرة، أي أكثر من ثلث العينة، والجدير بالذكر أنّ المستشفيات تعرف في بعض الأحيان اضطرابات في توفير بعض الأدوية الحيوية والضرورية في الحالات الاستعجالية، وهو أمر يتكرر خاصة في المصالح المرتبطة بالحالات الاستعجالية، كالأدوية التي تستخدم في التخدير والإنعاش، ولقد رأينا في كثير من الأحيان تدخلات وزير الصحة حول وفرة الأدوية الاستعجالية، وفي هذا الصدد نتذكر تصريحات وزير الصحة السابق البروفيسور حسبلاوي حول وفاة الدكتوراه الجامعية في مدينة ورقلة وما قاله عن توفر المصل العقربي، والواقع يشير إلى غير ذلك. وعبرت نسبة 74.4% من عينة الدراسة بعدم توفر الأدوية بالكميات المناسبة، وتشير هذه النسبة إلى أنّ الأدوية التي توفرها الصيدلية المركزية لمستشفى الجلفة لا تكفي، وهذا يعود إلى أنّ الصيدلية المركزية للمستشفى عندما تقدم طلبيتها إلى الصيدلية المركزية للمستشفيات الجهوية ببسكرة شهريا، فإنها لا توفر الكمية المطلوبة لها؛ الأمر الذي يجعل من صيدلية المستشفى امام إشكالية تلبية طلبيات المصالح الاستشفائية، وخاصة وأنّ بعض الأدوية تعتبر ضرورية وطلباتها في تزايد مستمر.

✘ يتضح من خلال الاستجابات السابقة لعينة الدراسة بأنّ صّحة وسلامة المريض في مستشفى الجلفة يشوبها الغموض، فلا يمكن معرفة هل المريض في خطر أم غير ذلك؟ ( في ظل غياب الدراسات والأبحاث حول ذلك)؛ إلا أننا من خلال ما أشارت إليه العينة بنسبة 78.5% بأنّ مستشفى الجلفة لا تعمل بطرق علمية لحماية وسلامة المريض. وأنّ نسبة 82% منها ترى الفريق الطبي بمستشفى الجلفة لا يعمل وفق ما توصلت إليه العلوم الطبية الحديثة. والتي تعني أنّ المريض قد يتعرض للأذى.

فالسلامة وضمن الأمان للمريض من المسؤوليات المنوطة بإدارة المؤسسات الصّحية وبالطواقم الطبية المشرفة على علاج ومتابعة المرضى؛ فإنّه من غير المعقول أن يدخل المريض للإستشفاء أو اثناء تقديم خدمة صّحية له، لأجل العلاج والبرء؛ يجد نفسه متعرضاً لمرض خطير - نتيجة خطأ في الإجراء - قد يؤدي به الى العجز أو فقدان الحياة. والسلامة والأمان تعني الخلو من الخطر؛ وبتعبير آخر هي: الإجراءات التي تتخذها المؤسسات والأفراد لحماية المريض من أي أثار ضارة نتيجة تلقي الخدمة الصّحية؛ والتي تعني أنّ الأخطاء الطبية تحدث نتيجة عوامل معينة وتحت ظروف معينة؛ وقد أستعمل هذا المصطلح أول مرة من طرف الجمعية الأمريكية لسلامة المرضى الخاضعين للتخدير، في تسعينيات القرن الماضي، نتيجة لدراسات وأبحاث توصلت إلى أنّ هناك مرضى يتعرضون لمضاعفات نتيجة لأخطاء طبية؛ وقد أشار قديماً أبقراط أن الطبيب يجب أن يقرر الإجراء الطبي المناسب للمريض على حساب إمكانياته الطبية، بحيث ألا يؤدي هذا الإجراء إلى مضاعفات طبية، ومن هنا نشأ هذا التعبير إلى مقدمي الخدمة الصّحية " أولاً لا تضر".

وقد تمّ الإهتمام بهذا المجال لأنّ العديد من الدول قامت بإحصائيات لعدد المرضى الذين تعرضوا لمضاعفات نتيجة الأخطاء الطبية أثناء خضوعهم لإجراء طبي.

وتشير التقديرات إلى أنّ مريضاً واحداً من بين كل 10 مرضى يصيبه الأذى أثناء حصوله على الرعاية بمستشفيات البلدان المرتفعة الدخل. أمّا على الصعيد العالمي، فيُصاب ما لا يقل عن أربعة مرضى من أصل كل 10 مرضى بالأذى أثناء حصولهم على خدمات الرعاية الصّحية الأولية وخدمات رعاية المرضى الخارجيين، علماً بأنّ معظم الأخطاء الضارة تنجم عن التشخيص والوصفات الطبية واستعمال الأدوية. وكون سلامة المريض الحجر الأساسي في نظام الرعاية الصّحية؛ فقد ظهر علم مستقل يتناول ذلك وهو علم

سلامة المريض، الذي هو عبارة عن علم له أبحاثه المستقلة التي تهدف إلى تحسين الأداء الطبي، وتجنب المضاعفات الناتجة من أخطاء تحدث نتيجة الإجراءات الطبية المختلفة. وتشمل معايير ضمان سلامة المريض مجموعة من المعايير والتدابير التي تتخذها المؤسسة الصحية:

☒ المستشفى لديه الآلية المناسبة لضمان التعرف الصحيح على المريض:

- الالتزام بتعريف المريض ( اسم ولقب المريض كاملاً - رقم الدخول ) وهذه البيانات يتم تسجيلها في مكتب الدخول.

- بيانات المريض كاملة على المستندات بملف المريض.

- التأكد من صحة مطابقة تعريف المريض قبل عمل اي اجراء مطلوب مثل اعطاء الدواء لابد من أن يشمل الخمسة أساسيات ( اسم المريض - اسم العلاج - الجرعة - طريقة الإعطاء - التوقيت )؛ إعطاء دم و مشتقاته، سحب عينات، وضع ملصق تعريف العينة بعد أخذ العينة مباشرة... أي أنه دائماً يحمل الملف الطبي وتسجل أي تغييرات أو إضافات من على سرير المريض.

☒ أن تكون للمستشفى آلية مناسبة لاعتماد الممارسين الصحيين المؤهلين لتقديم الرعاية الصحية الجيدة للمرضى .

☒ ضمان توفر الأعداد الكافية من الموارد البشرية للتعطية الصحية.

☒ ضمان توفر الطواقم الطبية المختصة على مدار 24 سا / 07 ايام -

☒ تتناسب كثافة العمل أو عدد المرضى مع عدد المشرفين عليهم.

☒ للمستشفى آلية مناسبة للرصد والتعرف على التبليغ عن الأخطاء الطبية، بما في ذلك الأخطاء القريبة الحدوث والحالات الخطيرة والسلوك المعرض للمخاطر التي يحتمل أن تضر المريض.

☒ لدى المستشفى لجنة متعددة التخصصات معينة للإشراف على برنامج مراقبة ومنع العدوى.

☒ للمستشفى آلية لضمان نظافة وتعقيم غرف المرضى وملابسهم و الأغذية وتوفير مواد النظافة والتعقيم و الأجهزة التي تقوم بذلك.

☒ ضمان التغذية الجيدة والمناسبة .

- ☒ لدى المستشفى نظام للسلامة من الأدوية متشابهة الشكل والإسم.
- ☒ لدى المستشفى نظام السلامة من الأدوية الخطيرة.
- ☒ لدى المستشفى سياسات وإجراءات واضحة تحكم عملية إستخدام وتداول وإعطاء الدم ومشتقاته.
- ☒ مخارج الطوارئ متوفرة وموزعة بشكل صحيح في أنحاء المستشفى.
- ☒ للمستشفى نظام إخماد الحرائق فعّال وفي المناطق المطلوبة وتدريب الطواقم الطبية على ذلك.

لقد حاولنا أن نذكر بعض من معايير السلامة والأمان التي يجب في إعتقادنا أن توضع لها هيئة الإدارة الأمن والسلامة المهنية والصحية للمريض ولمقدمي الخدمة الصحية. أدى بنا التحليل الإحصائي والسوسيولوجي للبعد الفني لجودة الخدمة الصحية إلى الوصول إلى نتائج تشير في مجملها إلى العوامل المساهمة في عرقلة وإعاقة الفريق الطبي العامل بمستشفى الجلفة للوصول إلى وضع التشخيص الصحيح من الوهلة الأولى؛ ونذكر منها غياب بعض التحاليل المخبرية وفحوصات الأشعة، ونقص التخصصات الطبية الجراحية، وقلة توفر العتاد والأجهزة الطبية... الأمر الذي نراه يؤثر على سلامة المريض بالمستشفى وتأخر حصول المريض على البرء والشفاء.

وقد دفعنا الفضول العلمي والتسلسل المنطقي لتساؤلات الإستبانة إلى الوقوف على مدى توافر معايير لسلامة والأمن داخل مستشفى الجلفة معتمدين في ذلك على خبرة الباحث في ميدان العمل وعلى الملاحظة بالمشاركة، وكذا مقارنة معايير الأمن والسلامة الموجودة بالمستشفى بتلك الموجودة في المستشفيات الرائدة في هذا المجال ومعايير الأمن والسلامة كما مشار إليه في الأعلى، نجد توافر بعض المعايير وإنعدام الأغلبية.

وفي هذا الإطار يجب أن نعيد التذكير إلى ما توصلت إليه منظمة الصحة العالمية في إحصاءاتها أن نحو 50% من الأحداث السلبية التي يتعرض لها المريض خلال وجودهم بالمستشفى هي ذات علاقة بالخضوع للعمليات الجراحية، ولحد من هذه الأحداث السلبية وضعت المنظمة قائمة مأمونية الجراحة. ورغم ذلك لم يتوقف الباحثون عن متابعة دراساتهم للحد من الأثار السلبية والحفاظ على سلامة المريض فقد لاحظ باحثون من "جامعة ترنتو بكندا " وهذا ما جاء في مقال بعنوان " متى تتجح جهود ضمان سلامة المريض "

للباحث السعودي حسن محمد صندوقجي في جريدة الشرق الأوسط، العدد 12904 الصادرة بتاريخ 28 مارس 2014 " بأنّ اهتمام الفريق الجراحي بتنفيذ عناصر هذه القائمة لم يقلل بشكل واضح من وفيات المرضى ولا من مضاعفات العمليات الجراحية، على أنّهم عرفوا بأنّ تنفيذ القائمة الائتمانية وسيلة قوية لمنع حصول الأخطاء الطبية والمضاعفات المرضية تصل جدواها الى التقليل بـ 50%؛ وأشار الفريق الباحث أنه لتقليل الأخطاء والمضاعفات أنّه من المهم تفهيم الطاقم الطبي أهمية المشكلة وإشراكهم وتنشيط مشاركتهم في العمل على إيجاد حلول لحماية المريض وضمان سلامته، ونشر ثقافة الحرص على سلامة المريض بين جميع العاملين على خدمته ومعالجته في المستشفى.

ولأهمية وأولوية سلامة المريض من على سلم الرعاية الصحية ارتأت جمعية الصّحة العالمية الثانية والسبعون في أيار/ مايو 2019 إقامة يوم عالمي لسلامة المرضى من خلال اعتمادها للقرار المعنون: "سلامة المرضى: العمل العالمي بشأن سلامة المرضى.

وسيقام أول يوم عالمي من هذه الأيام على الإطلاق في 17 أيلول/ سبتمبر 2019 لغرض إذكاء وعي العالم بمسألة سلامة المرضى والتشجيع على التضامن والعمل على الصعيد العالمي، علماً بأن موضوع اليوم العالمي الأول لسلامة المرضى سيكون تحت عنوان: "سلامة المرضى: أولوية صّحية عالمية"، وشعاره: "ارفعوا صوتكم عالياً من أجل سلامة المرضى."

## 2- البعد النفسي و الاجتماعي: تقابل هذا البعد في مقياسنا المؤشرات التالية :

- التزام الفريق الطبي بالوعود التي يقطعها اتجاه المريض في تقديم الخدمة العلاجية.

- اتصاف سلوك أعضاء الفريق بالحس الإنساني في معاملة المرضى؛

- عمل أعضاء الفريق الطبي على بعث الأمل و الطمأنينة في نفسية المريض؛

- استجابة المريض لكل تعليمات وإرشادات الفريق الطبي؛

- وضع المريض كامل ثقته في كفاءة الفريق الطبي؛

☒ لقد اتضح لنا من خلال الجدول رقم (48) للتحليل الإحصائي، بأنّ الاتجاه العام لعينة

الدراسة في إجابتها عن الفقرة: " يلتزم الفريق الطبي بالوعود التي يقطعها اتجاه المريض في تقديم الخدمة العلاجية." بغير موافق بشدة، وبغير موافق، بنسبة 75.3% . يعزو الباحث

هذه النتيجة إلى اعتراف الفريق الطبي المعالج بمستشفى الجلفة، بوجود اختلالات جوهرية في تقديم الخدمة الصحية، خاصة إيفائه بالوعود التي يقطعها مع المريض، ومرجع ذلك في تصورنا إلى وجود بعض المعوقات نذكر من بينها:

- اضطرابات في توفر الأدوية والمواد الصيدلانية وخاصة الأدوية المتعلقة بالتخدير و الإنعاش، الأمر الذي يدفع بالجراحين الى تأخير موعد العمليات لمرضاهم.  
- قلة العتاد والأجهزة الطبية وكثرة الاعطاب بها، عوامل تعمل على تعطيل البرنامج الجراحي وتسبب تأخير مواعيد العلاج.

- في السنوات الأخيرة انتشرت ثقافة الغياب بين الأطباء الاختصاصيين وذلك بتقسيم أيام العمل فيما بينهم، وهذه الثقافة انتشرت عبر كامل تراب الولاية، فالطبيب الاختصاصي يعمل لمدة عشرة ايام في الشهر أي أنه يقوم بالعمل في الأيام التي يكون فيها مداوما.

والمداومة إجبارية على الأطباء عددها من 6 الى 10 أيام - ويغادر المستشفى عندما يكون غير مداوم وهذا الإجراء غير قانوني، فهو من المفروض أن يعمل لمدة 8 ساعات يوميا ، في الأيام التي يكون فيها غير مداوما، على أنه يأخذ أيام تعويضية، يوم مداومة يقبله يوم للراحة، بمعنى 10 ايام مداومة، و10 ايام يعمل مدة 8 ساعات، و10 ايام تعويضية للراحة؛ لكن في الواقع شيء آخر إذ يقوم الطبيب المختص الذي هو رأس الحربة في سلم الرعاية الصحية ، بالعمل في المستشفى لمدة 10 ايام 24/24 سا، يضاف لهذه الإشكالية مشكلة اخرى، تتمثل في عدم وجود غرف للمداومة الليلية للأطباء الاختصاصيين وفي حالة احتياج المستشفى وخاصة الاستعجالات، يقوم الفريق المداوم سواء الطبيب العام أو المراقب الطبي بمهاتفة الطبيب المختص، وهو أمر صعب خاصة إذا كانت حالة المريض في حالة متدهورة متقدمة؛ ما إن يصل الطبيب المختص المداوم حتى تزداد حالته سوءا؛ وفي الكثير من الحالات تحدث ملاسانات بين الطبيب العام المداوم والطبيب المختص حول الإجراءات المتخذة تجاه المريض وفي أحيان أخرى يرى أن الحالة بسيطة لا تستدعي طلب المساعدة !!!...وفي المستشفيات الأخرى التي تكون فيها الإدارة حازمة ، فإنها تُلزم الأطباء المداومين بالبقاء داخل غرف المداومة بالمستشفى، وفي حالة الاحتياج يكون بجانب المريض . ونأخذ مثلا حيا على سبيل الاستئناس والفهم، ففي مصلحة الأشعة يوجد ثلاثة أطباء اختصاصيين، قاموا بتقسيم الشهر على ثلاثة أي كل واحد منهم يعمل لمدة



عشرة أيام، في اعتقادهم أنهم يعملون بجدية والمهم بالنسبة إليهم أن المصلحة بها طبيب اختصاصي مداوم، في الحين يُفترض أن يكون لكل أيام الأسبوع طبيبان مختصان، واحد مداوم للحالات الاستعجالية، بينما الثاني يعمل على الإيفاء بمواعيد السكانر، والإيكوغرافي. ونعتقد أنه أهم عامل معرقل في الإيفاء بالمواعيد التي يقطعها الفريق الطبي اتجاه المرضى.

- تقع العمليات الجراحية على رأس سلم المطالب في الرعاية الصحية، وأكثرها اضطرابا في المواعيد، إذ يلاحظ في مستشفى الجلفة قلة غرف العمليات .

- كثرة تحويل مصابي الحوادث المرورية على المستشفى مما يزيد إشغال غرف العمليات بالعمليات الطارئة.

- تدافع المرضى على إجراء العمليات واستعمال المحاباة، مما يعطل ويؤخر بعض المرضى عن المواعيد التي أعطيت لهم.

- التعداد السكاني بالمنطقة، فيزداد الضغط على العمليات بزيادة عدد السكان.

☒ رأت نسبة 46.48% من عينة الدراسة بأن الفريق الطبي العامل بمستشفى الجلفة " يتسم سلوكه بالحس الإنساني في معاملة المرضى". بينما نسبة 40.1% من العينة فضلت موقف الحياد، يلاحظ أن عينة الدراسة اتخذت موقفين بين التأيد والحياد، وعلى ذلك نرصد المواقف التالية من خلال مقارنة الواقع :

☼ - يرى بعض الفاعلون في نسق الخدمة الصحية بالمستشفيات؛ أن بعض المرضى ومرافقيهم لابد الحزم معهم وعدم التعامل معهم بسلاسة، وخاصة في المصالح التي تعرف اكتظاظا بالمرضى والزوار، كمصلحة الإستعجالات، ومصالح التحاليل المخبرية وفحوصات الأشعة وفي بعض المصالح التي يتم استقبال المرضى، (فأحيانا نجد بعض الأطباء يقومون بفتح الفحوصات داخل المصالح الاستشفائية، أو بإعطاء مواعيد الفحص لبعض المرضى.. وهو إجراء منافي للعمل الاستشفائي).

فقد لوحظ في مصلحة الإستعجالات أن بعض المرضى يأتون مع ذويهم أو اصدقائهم يشكون من بعض الالام البسيطة في الظهر ...أو الصداع في الرأس ... فيقومون بالاحتجاج والدخول عنوة على الطبيب المداوم، وفي كثير من الأحيان يفرضون على الطبيب بضرورة الحصول على تحاليل مخبرية وفحوصات الأشعة، مع إلزامية تلقي الحقن الوريدية ( الامصال serum )، وإذا لم يوافق الطبيب وسجل لهم وصفة طبية فقط ، فإنهم



يقومون بتمزيق الوصفة... والقيام بمناوشات مع الفريق المداوم... وهذا سلوك يومي بالمستشفيات، من شأنه أن يعيق العمل، فيفقد بذلك الفريق الطبي المداوم التوازن مما قد يجعله يهمل بعض الحالات الإستعجالية التي تتطلب التركيز والعناية والتدخل السريع.

❁ - في أحيان ليست بالقليلة تكون شكاوى مراجعي المستشفيات، والعيادات ليس من قلة الأجهزة أو تأخر المواعيد.

أحياناً تكون الشكاوى من سوء تعامل بعض الأطباء والمرضى - ولا أقول كلهم - فلا يستمع الطبيب إلى شكاوى المريض باهتمام، ولا يجيب على أسئلته ولا يعطيه الوقت الكافي، ولا يختار الأسلوب الألف لإفادته بمرضه وطريقة علاجه ومثل هذه تشكل نصف الشفاء. إنَّ عدم سماع شكاوى المريض، وتخصيص الطبيب وقتاً كافياً يقود أحياناً إلى خطأ التشخيص، ومن ثم الوقوع بالأخطاء الطبية عندما لا يتفهم الطبيب كامل الشكاوى لعدم إتاحة الفرصة للمريض ليبيّن شكاواه.

وتحمل الفقرة " يعمل الفريق الطبي على بعث الأمل والطمأنينة في نفسية المريض " وتكاد الإجابات تتقارب مع الفقرة السابقة، إذ ترى نسبة 46.48 % بأنّ سلوك الفريق الطبي العامل بمستشفى الجلفة يعمل على بعث الطمأنينة في نفسية المرضى بينما نسبة 40.1 % من عينة الدراسة موقف الحياد، ويرصد لنا هذا المعطى الإحصائي الموقف الثالث:

“ - في كثير من الأحيان الفريق الطبي المعالج في نسق الخدمة الصحية يتجاوز الخلاف الذي قد يحدث بينهم وبين المريض أو ذويه خصوصاً إذا علموا بأنّ حالة المريض الصحية جد متدهورة، كمرض السرطان أو حوادث المرور... بذلك يسعى الجميع بالتدخل السريع للتكفل به في محاولة منهم للتخفيف على المريض وأهله بسرعة تقديم العلاج أو الحلول الناجعة التي بحوزتهم.

هذه الفقرات تعني التفاعل الإجتماعي الذي يحدث بين المريض والطبيب أو الفريق الطبي المعالج ككل في الموقف الإجتماعي اثناء لحظة تقديم الخدمة الصحية، الأمر يدفعنا إلى أن نشير بدور كل من الطبيب والمريض - التراث النظري - كأى دور آخر في المجتمع مثل دور الأب والزوج والمعلم فلا بد أن يرتبط ببعض التوقعات التي تشمل مجموعة الحقوق و الالتزامات التي يفرضها؛ فالمريض لا بد أن يملك بعض الامتيازات وبخاصة أنه يحتاج إلى العناية من الطبيب الذي يعالجه من أجل الوصول إلى حالة متحسنة.

فالمريض وذويه يحملون تصورات مسبقة عن أعراض المرض وبعض الأمل والخوف من نتائج المرض الإجتماعية والشخصية التي يمكن أن تؤثر عليه، كما لديهم فهم مسبق بمجموعة الأفكار المرتبطة بالطبيب وكيفية مقابله للمرض وكيفية تنظيم الاستشارة، فإذا لم تتطابق هذه التصورات والأفكار التي في ذهنه مع تلك الموجودة في الواقع فإن ذلك يؤدي إلى الصراع الحتمي بينه وبين طبيبه.

فتبادلية الأدوار التي تحدث بين الفريق الطبي والمريض شيء طبيعي، حيث أن كلا منهما يشارك في الموقف الإجتماعي، ويحاول أن يتوقع سلوك الآخر، من خلال ذلك الموقف والنتيجة المحتملة له، فدور الطبيب في هذا الموقف هو إرجاع الشخص المريض إلى حالته الطبيعية والوظيفية؛ وهذا الدور يرتبط بالوسائل المتوفرة ومهارة الطبيب التخصصية... أما دور المريض فمن المتوقع منه أن يكون على معرفة بالطرق التي يبحث بها عن المساعدة المتخصصة لكي يصل إلى الشفاء.

☒ ترى نسبة 58.4% من عينة الدراسة " بأن المريض لا يستجيب لكل تعليمات وإرشادات الفريق الطبي"؛ في حين فضلت نسبة 32.3% من عينة الدراسة موقف الحياد، في هذا الشأن يشير التراث النظري، بأن الممارسة الطبية ما هي إلا نوع من النشاط الإجتماعي هدفه حل مشاكل المريض الطبية، كما أن علاقة الطبيب والمريض أصبحت تمثل التعبير عن طلب المساعدة . وهذا المشهد يدل على أن الفريق الطبي العامل بمستشفى الجلفة يدرك تماما بأن النسبة الكبيرة من المرضى وذويهم لم يعد يستجيب لتعليمات الفريق الطبي المعالج وأصبح يتطلع الى أخذ علاجات أخرى أقل تكلفة وأحسن نجاعة - حسب إعتقادهم -، كالجوء المريض الى أحد طرق العلاج التقليدية المنتشرة في المجتمع الجزائري كالعلاج بالطب التقليدي أو الطب البديل أو الرقية الشرعية.

كما لاحظنا في الآونة الأخيرة أنتشار لجوء المرضى إلى البحث عن العلاج في خارج الوطن، خاصة تركيا وتونس والأردن، حيث لجأت الفئات الهشة في المجتمع والطبقات الوسطى بإستعمال شبكات التواصل الإجتماعي لطلب المساعدة المالية من المجتمع، وتجند لذلك بعض الفاعلين في المجتمع من جمعيات المجتمع المدني لطلب يد المساعدة بالمساهمة ببعض المال قصد التكفل ببعض الحالات المرضية الخطيرة التي تصيب خاصة الشباب والأطفال؛ والتي يصعب الحصول عليها داخل الوطن، كحالة الطفلة مايا التي

أستطاع المجتمع المدني أن يجمع لها مبلغ ضخم لتمكن من العلاج في تركيا، أما الشيوخ والكهول فعادة ما يذهبون إلى تونس للعلاج خاصة في طب العيون.

وقد دعمت عينة الدراسة هذا المعطى من خلال الإجابة على الفقرة " يضع المريض كامل ثقته في كفاءة الفريق الطبي " بأن نسبة 68.8% من المبحوثين أجابت بأن المريض لا يضع كامل ثقته في كفاءة الفريق الطبي المعالج بالجلفة؛ وقد بررت العينة ذلك للاعتبارات التي اشارت إليها عينة الدراسة سابقا:

- نقص الأجهزة الطبية، نقص وندرة الأدوية، قلة التحاليل المخبرية، فحوصات الأشعة من إيكوغرافية والسكانر... ولذلك يرى المريض وذويه أنه لم يتم التكفل به وفق توقعاتهم.

- يلاحظ في المستشفيات والمراكز الصحية أنّ بعض الأسر تأتي بالمريض وهو في حالة جد متقدمة من المرض، وأحيانا يلفظ آخر أنفاسه بعد دخول قاعة الاستجالات، كما سجلنا أنّ بعض من هذه الأسر يقومون بالاحتجاج وإتهام الطواقم الطبية بالإهمال، ربما إتخاذ مثل هذا الموقف لإبعاد أصابع الاتهام عن إهمال الأسرة، وقد أشارت إلى هذا الكثير من الدراسات، أنّه من النادر جدا أن يلجا المريض إلى الخدمة الصحية دون مناقشة هذا القرار مع جماعته المرجعية أو مع الآخرين، وقد أجرى ستشمان Suchman دراسة على هذا الموضوع، فوجد أنّ ثلاثة أرباع عينة الدراسة قد ناقشوا أعراض المرض مع شخص آخر على الأقل - من الأقارب عادة - قبل البحث عن المساعدة الطبية المتخصصة، لتتوصل إلى الدراسة إلى أنّ العملية الكلية للبحث عن المساعدة الطبية تتضمن مجموعة الاستشارات التي يجريها المريض مع الثقات من الأسرة والأقارب وعامة الناس وذوي السلطة ثم الأطباء في النهاية.

- انفتاح المجتمع الجزائري على طلب الطب في الخارج من خلال التجارب التي قام بها بعض المرضى، وتمكن المجتمع من الحصول على كافة المعلومات عن طرق العلاج في الخارج بواسطة شبكات التواصل الإجتماعي أو عن طريق الأقارب... إذ اصبح الفرد الجزائري يتنقل بين الدول بسهولة، بعد أن كانت حكرا على بعض فئات المجتمع للحصول على العلاج.

- يقارن المريض تكلفة العلاج عند الخواص بينها وبين تكلفة العلاج في الخارج، وإن كان الفارق ضئيل أو في المتناول يفضل المريض الجزائري العلاج في الخارج والذي كان في السابق حكرا على اصحاب الجاه والمال.

- من خلال شكاوي المرضى التي نسمعها يوميا والتي نرى أنها من بين العوامل التي تجعل المرضى يقصدون اماكن اخرى للعلاج، هي عدم تخصيص الوقت الكافي للمريض لإعطاء قصته المرضية كاملة حول تاريخ مرضه و الأدوية التي تناولها؛ وإذا ما استعرضنا أهم النقاط التي ينبغي على الطبيب أن يستفسر عنها من المريض لوجدنا أن ربع ساعة قد لا تكفي، لأنّ القصة المرضية تتضمن معلومات شخصية إضافة إلى الشكاية الأساسية، وطبيعة المرض، والأمراض التي تعرض لها المريض والعمليات الجراحية التي اجريت له، والأدوية التي يتناولها والحساسية والتأثيرات الجانبية لها، وغير ذلك من المعلومات الدقيقة والمهمة ليقوم الطبيب بتدوينها بنفسه على الملف الطبي للمريض، وهذا ما يسمى بـ - L'interrogatoire - ليستخلص منها المفيد كي ينتقل إلى المرحلة من التشخيص أي الفحص السريري والاستقصاءات المختلفة للتحاليل المخبرية والصور الشعاعية وغيرها، لينتقل إلى المرحلة الثالثة في وصف الدواء الناجع لمثل هذه الحالات المرضية أو يضيف له بعض التحاليل التي يراها مناسبة، وفي الأخير ينتقل الطبيب إلى تفهيم المريض نتائج فحوصاته ويعطي له التشخيص الذي توصل إليه، ويشرح له كيفية تناول الدواء، والتغذية المناسبة والحمية المناسبة إن تطلب الأمر ذلك، وأن يطمأن المريض عن حالته، وأن الأمر يحتاج إلى بعض الوقت للتمائل للشفاء.

وتجدر الإشارة أنّ معظم الأطباء إن لم نقل غالبيتهم لم يعد لديهم الوقت الكافي للإيفاء بحق المريض، ربما يعود الامر بالنسبة للأطباء لكثافة العمل، فالطبيب يقوم بفحص ما يفوق 100 مريض في اليوم؛ وفي التراث النظري، يؤكد بارسونز على أنّ الطبيب - لكي يضطلع بمسؤولياته العلاجية - فلا بد أن يتواءم مع الموقف الاجتماعي للمريض، وعليه أن يدرك النتائج التي تترتب على المريض بعد المرض وعلى أسرته وعمله، علاوة على تقدير أثر بيئة المريض على مسار حالته وتطورها.

**3- البعد المادي:** والذي يتمثل في جماليات مكان تقديم الخدمة ومظهر مقدم الخدمة في

المستشفى؛ وتقابل هذا البعد في مقياسنا المؤشرات التالية:

- تولي المستشفى أهمية بالغة للسجلات الطبية.
  - يتمتع أعضاء الفريق الطبي بمظهر ملائم.
  - يوفر المستشفى أماكن للانتظار مناسبة وغرف المرضى نظيفة وجميلة.
  - يوفر المستشفى غرف للمناوبة الليلية للأطباء الاختصاصيين.
- لقد إتضح لنا من خلال الجدول رقم (48) للتحليل الإحصائي، بأنّ الاتجاه العام لعينة الدراسة في إجابتها عن الفقرة: " تولي إدارة المستشفى أهمية بالغة للسجلات الطبية." بغير موافق بشدة، وبغير موافق، بنسبة 84.9%، وهي نسبة عالية جدا لأهمية السجل الطبي في نسق الخدمة الصحيّة، وبالخصوص وأنّه يعتبر وثيقة طبية قانونية – Médicaux Légal - وإجابات عينة الدراسة لا تعني أنّ إدارة المستشفى لا توفر السجلات والملفات الطبية للمرضى، بل هي إجبارية في كل المستشفيات وتعبير عينة الدراسة يعني أنّ إدارة المستشفى لا تهتم بمضمون السجلات، من تسجيل الأطباء والممرضون لبيانات ومعلومات المرضى. والسجلات الموجودة بمستشفى الجلقة هي كالتالي:
- الملف الطبي للمريض Dossier Médical: يوضع الاسم واللقب، وقصة المريض، ونتائج التحاليل المخبرية والصور الشعاعية... ويدون الطبيب العام رفقة الطبيب المختص يوميا حالة المريض السريرية، ويقوم بتغيير خطة العلاج إذا استدعى الأمر حسب تطور حالة المريض.
  - سجل الوصفات الطبية Registre Prescription Médical: يقوم الفريق الطبي العامل بالمصلحة بزيارة الطبيب للمرضى يوميا، بما يسمى La visite Médical حيث يقوم الفريق الطبي بمتابعة حالة المريض اكلينيكيًا، فيقوم بتدوين الملاحظات في هذا السجل وذلك بتغيير جرعات الدوائية، أو بإضافة أو إنقاص بعض الأدوية أي بتحيين الجرعات التي يتناولها المريض يوميا، بمعنى أنّ هذا السجل يحمل خطة العلاج المتبعة يوميا للمريض، وفق ما تمّ الإتفاق عليه الفريق المعالج من على سرير المريض.
  - سجل حركة المرضى Registre du Mouvements des Malades: وهذا السجل يدون فيه اسم المريض وتاريخ الدخول ورقم التسجيل الذي يحمله ونوعية حمية الغذاء المناسبة لهذا المريض.

- سجل تسليم المهام Registre du Passation des Consignes: يقوم الممرض المداوم في المصلحة بتدوين الأدوية الموصوفة لكل مريض، كما يقوم بتسجيل الأجهزة الطبية الموجودة في المصلحة، ثم يقوم الممرض بتدوين اسمه ولقبه مع الإمضاء.

- سجل المحاسبة الدوائية Registre du Comptabilité des Médicaments: هو سجل يتحمل مسؤوليته الإطار الشبه طبي القائم على المصلحة، إذ من بين المهام المسندة إليه تزويد المصلحة بالأدوية من مصلحة الصيدلية المركزية للمستشفى؛ وبالتالي يقوم هذا الإطار بتسجيل حركة الأدوية بهذا السجل.

وتجدر الإشارة إلى أنّ السجلات الطبية المصدر الأساسي للبيانات الطبية فهي وثيقة تشتمل على معلومات طبية، وتمريضية، وإدارية، تغطي كافة الجوانب المتعلقة بالحالة المرضية التي يعاني منها المريض، وتشمل هذه المعلومات: الأعراض، والتاريخ المرضي ونتائج الفحوص السريرية والتشخيصية، والتشخيص النهائي، والحالة المرضية والإجراءات والمداخلات الطبية، والجراحية، والعلاجات التي أعطيت للمريض ومدى تقدم حالة المريض وإستجابته لهذه المداخلات و العلاجات، بالإضافة إلى معلومات إدارية تعرف بالمريض كالإسم، والعمر، والجنس، والعنوان الشخصي، وتجدر الإشارة إلى أنّ السجلات الطبية تقوم بالوظائف التالية في المستشفيات، وهذا حسب ما جاء في كتاب هويل بن عودة العطوي المعنون دراسة في السجلات الطبية لدار النشر العالم الحديث بالأردن لسنة 2013 صفحة 35:

- الوظيفة الرئيسية للسجل الطبي تتبع تاريخ المرض.
- يشتمل على الفحوصات ونتائج العمليات التي أجريت له من قبل.
- رصد جميع الأدوية التي تعاطاها المريض، وفرز ما قد يسبب له حساسية.
- يعد بالنسبة للطبيب من أهم أدوات التعليم الطبي المستمر وتتبع خارطة الأمراض على المستوى المحلي والعالمي.
- مصدر للإحصاءات مثل عدد المواليد ونسبة الوفيات وانتشار الأمراض وأعداد المراجعين، والجدير بالذكر أن هذا المصدر مهم للتخطيط والأبحاث.
- يعد مرجعا ذا أهمية بالغة للطب الوقائي؛ بغية تثقيف المجتمع في حال انتشار الأوبئة والأمراض السارية.

- يعد مستندا قانونيا لحماية جميع الأطراف التي تتعامل مع المريض وللمريض نفسه.
  - السجل الطبي ذو أهمية للتأمين الصحي وما يتعلق به من حقوق مادية ومعنوية.
- ونظرا لأهمية السجل الطبي والملف الطبي ألحت المنظمات الطبية العالمية على وضعه ضمن معايير لاعتماد المستشفيات، إذ قامت الجمعية الأمريكية للجراحين (ACS) بتطوير برنامج معايير للمستشفيات بوضع مفاهيم لحد أعلى من الجودة وحد أدنى من المخاطر ودليل تحسين الجودة، وقد كان الهدف من ذلك ضمان الجودة الأفضل للرعاية الممكنة في ذلك الوقت، وكان ضمن هذه المعايير جودة الملف والسجل الطبيان المنظمين.
- ☒ الإتجاه العام لعينة الدراسة في إجابتها عن الفقرة: "يتمتع أعضاء الفريق الطبي بمظهر ملائم." بغير موافق بشدة، وبغير موافق، بنسبة 40.7% من المبحوثين بأنّ الفريق الطبي لا يتمتع بمظهر ملائم؛ في حين فضلت نسبة 40.7% من المبحوثين موقف الحياد. يلاحظ أنّ عينة الدراسة قد إنقسمت إلى قسمين، قسم رأى أنّ الفريق الطبي العامل بمستشفى الجلفة لا يتمتع بمظهر لائق، في حين إكتفى القسم الآخر بموقف الحياد، ربما معبرا على أنّ المستشفى لا تقدم بدلات للطواقم الطبية العاملة، وبالتالي الأمر خارج عن نطاقهم، بينما القسم الأول فهو يعبر عن واقع لباس العمل في المؤسسة، فهو غير راض عن ذلك، غير راض عن الكميات التي تمنحها المؤسسة، وغير راض عن عدم مساهمة الفريق الطبي في شراء لنفسه لباس لائق، يعطي نظرة جميلة لمقدمي الخدمة الصحية، إضافة إلى أنه وسيلة للحماية من المرض.
- مما تقدم أصبح من الضروري أن نعطي نظرة حول أهمية اللباس في المنظمات الصحية؛ يعتبر اللباس المهني للطواقم الطبية، واحد من أكثر المجموعات التمثيلية في عالم الطب، ويتكون اللباس الطبي من:
- ☒ منزر أو معطف Blouse: أبيض اللون يحمل عادة ثلاثة جيوب، ليتمكن الممرض أو الطبيب من وضع حاجياته الطبية.
  - ☒ سروال: والسروال الطبي في الغالب لا توجد به جيوب.
  - ☒ الحذاء الطبي: ويصنع من مادة خاصة، حتي يتمكن صاحبه من تعقيمه، وهو في الغالب خفيف الوزن.



☐ غطاء الرأس Callot: يوضع لتغطية رأس الشعر؛ يمنع تسقط الشعر أو قشرة الشعر و الكائنات الدقيقة الموجودة في الشعر، وتستعمل خاصة في غرف العمليات.

☐ الكمادات Bavettes: توضع على الأنف والفم؛ تقوم بتصفية الهواء المستنشق والمطروح ، لتحد من انتشار الكائنات الدقيقة المنتشرة في الهواء، لحماية المريض ومقدم الخدمة من العدوى.

☐ نظارات الحماية Lunettes: للحماية من اسقاطات الدم وسوائل الجسم وللحماية من المواد الكيماوية.

☐ القفازات Gants: تمنع نقل الكائنات الحية بالأيدي، وتحمي من المواد الكيماوية.

وتجدر الإشارة أنّ اللباس المهني للنسق المقدم للخدمة يجب أن يحمل المواصفات التالية :

- تحترم معايير الصيانة والنظافة، أي، أنّها من القماش الجيد لأنه يغسل العديد من المرات؛  
- أن تعطي الحرية الكافية لتحركات الممرض أو الطبيب لتنفيذ المهام الموكلة إليه بحرية وراحة تامة؛

- أن يعطي شكلها الجاذبية وتبعث صورة الاحترافية و الاطمئنان في نفوس المرضى؛ ويوصي الخبراء أن يُغير اللباس المهني كل يوم، إلا أنّه، يمكن أن يغيره كل يومين في حالة عدم تعرضه لأي أوساخ، أو دماء، وإن تعرض فعليه بتغييره في الحين؛

مما يعني أنّ الفرق الطبية العاملة بالمؤسسات الصحيّة وأخص بالذكر المستشفيات لم تتلحقها من البدلات المهنية، كما أنّها لم تساهم في اقتناء بعض منها، على الأقل شراء مئزرين أو ثلاثة كل سنة، إضافة إلى ما تقدمه المستشفى؛ فأصبح المظهر الذي يبدو فيه النسق المعالج اليوم لا يبعث روح الطمأنينة والثقة في نفوس المرضى، فقد حظيت المآزر البيضاء باحترام كبير منذ العصر الروماني، وهو كوسيلة للتعبير عن السلطة والنظافة، ولونها الأبيض يعطي إمكانية رؤية الأوساخ أو الدماء التي تلتصق المئزر والتي تؤدي إلى المرض والعدوى هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يشير بياضها على العلوم الطبية والنقاء والصفاء، ما ينعكس إيجابا على نفسية المريض وأمله في الشفاء.

☒ الاتجاه العام لعينة الدراسة في إجابتها عن الفقرة : "يوفر المستشفى أماكن للانتظار مناسبة وغرف للمرضى نظيفة وجميلة" بغير موافق بشدة ، وبغير موافق بنسبة 92.7 % من المبحوثين بأنّ مستشفى الجلفة لا تتوفر على أماكن للانتظار مناسبة وغرف للمرضى



نظيفة وجميلة. وهذا تعبير حقيقي على واقع الحال فقاعات الانتظار كارثية، و مقرزة، لكثرة الأوساخ المرمية على الأرض، حتى أنك ترى الوسخ اصبح شريكا للبلاط، فعندما يقوم عون النظافة بتنظيف المكان فإنك فعلا ترى البلاط هو في حد ذاته متسخا، وهذا ربما لغياب التنظيف اليومي وعدم توفر مواد التنظيف الجيدة، مع رداءة نوعية البلاط، والذي زاد الطين بلة تعرض الكراسي الموضوعة في غرف الانتظار إلى التخريب.

أما غرف المرضى فهي غير بعيدة على الوصف السابق، فغرف المستشفى يوجد بها من سريرين إلى ستة أسرة مهترئة، و دورات المياه جماعية في حالة كارثية، وأغطية وأفرشة بالية لكثرة الاستعمال، وفي بعض الأحيان عند كثرة المرضى لا تستطيع المستشفى تلبية ذلك ، فيطلب من أهل المريض بجلب الأغطية معه.

في حين تُعد غرف المرضى أحد وسائل الراحة التي تساهم في شفاء المرضى ويجب أن تستجيب لمتطلبات وحاجيات المرضى الأساسية او كما يقال:

(La chambre du malade hospitalisé est un domicile privé )

- فسيحة حتى يتمكن الفريق الطبي من تقديم العلاج، وتسمح بتوصيل بعض الأجهزة الطبية بالمريض، وتسمح للمريض بالتحرك، و استقبال الزوار، وتحتوي على مائدة للطعام وكروسي ملائم للجلوس المريح، كما تتوفر على مصدر للأوكسجين، ومآخذ كهربائية، ويجب أن تكون الغرف:

- إضاءة ملائم، وتهوية جيدة، وتحتوي على مكيف.
- سرير طبي، أي أنه يمكن أن نغير في وضعياته، حسب حالات المريض، ويحتوي على وسائل الحماية - ليمنع المريض من السقوط -.
- الأغطية والأفرشة من النوعية الجيدة والنظيفة .
- التعقيم والتنظيف والتعطير اليومي لغرف المرضى.
- تحتوي على حمام نظيف، يتوفر على كل مستلزمات التنظيف.

☒ الاتجاه العام لعينة الدراسة في إجابتها عن الفقرة "يوفر المستشفى غرف مناسبة للمداومة الليلية للأطباء الأخصائيين" بغير موافق بشدة، وبغير موافق، بنسبة 93.3 % من المبحوثين بأن مستشفى الجلفة لا توفر غرف مناسبة للمداومة للأطباء الأخصائيين. وجاءت في الترتيب الثاني من إجابات العينة وهذا لإدراكها بأهمية المعطى في سلم أولويات تقديم

الخدمة الصحية؛ وقد سبق و أن أشرنا لهذا الأمر، بكون الأطباء الاختصاصيين لا يبقون اثناء مناوباتهم الإجبارية في المستشفى، بل يقبعون في بيوتهم، أو في قضاء حاجاتهم، وعند الحاجة الاستعجالية يتصلون بهم هاتفيا للاتحاق بالمستشفى، وفي حقيقة الأمر أنّ الطبيب الاختصاصي المداوم يجب أن يبقى في المداومة، مثله مثل الممرض أو الطبيب العام المداومين، ويستفيد من غرفة للمداومة داخل المستشفى تتوفر على جميع الضروريات الأساسية من السرير والأكل الجيد، وحتى وسائل الرفاهية كالتلفاز والأنترنيت ... ولكن إدارة المؤسسة تقوم بتقديم تسهيلات للأطباء الاختصاصيين، بأن تمنحهم سكنات وظيفية مجهزة - وفق القانون -؛ وأن لا تطلب منهم المداومة الإجبارية في المستشفى، وتسمح لهم بتقسيم ايام العمل مع بعضهم البعض، المهم بالنسبة لإدارة المستشفى، بأن تكون مداومة الاستعجالات مضمونة، كل هذه التنازلات تقدمها إدارة المستشفى مقابل بقاء الطبيب المختص في المستشفى.

☒ الاتجاه العام لعينة الدراسة في إجابتها عن الفقرة "يوفر المستشفى وجبة غذائية بالكمية والنوعية المناسبة للحالة الصحية للمريض" بنسبة 97.1 % من المبحوثين بأنّ التغذية في مستشفى الجلفة غير مناسبة، والملفت للنظر أنها جاءت في الترتيب الأول، و هذا لكون التغذية من بين المطالب التي تؤرق كاهل العامل في المؤسسة الصحية، وهي أحد أهم المشاكل التي تنصدر مطالبهم المهنية.

والتغذية تقدم للعمال المناوبين إجباريا وفق القانون، وتتمثل في وجبتي الغداء والعشاء، إلا أنه يلاحظ أنّ جل المناوبين من الأطباء والممرضين يتناولون وجبات غذائية سريعة تُشترى من المحلات القريبة من المستشفى، وفي بعض الحالات وخصوصا وجبة العشاء يتشارك الممرض المداوم الأكل مع مرافق المريض، أو مع المريض نفسه لأنّه في الغالب يقوم أهل المريض أو أصدقائه بجلب الأكل له في المستشفى، و في العادة يكثرون من الكمية ذات نوعية جيدة، ويُدعى الممرض المداوم بتناول العشاء معهم.

أمّا التغذية بالنسبة للمرضى فهي في غالب الأحيان ذات نوعية رديئة ولا يتناولها إلا المرضى من الطبقات الهشة والفقيرة أو من المرضى الذين تقطعت بهم السبل.

ومن المفروض أنّ التغذية بالمستشفيات تركز أساساً على إمداد المريض بالحماية الغذائية المناسبة على حسب حالة المريض الصحيّة اثناء وجوده بالمستشفى ولنعلم أنّ كل المرضى يحتاجون لرعاية غذائية خاصة، ويتم إعداد قوائم الطعام بالمستشفيات تحت رقابة طبية اسبوعاً، حيث يقوم الطبيب بضبط أنظمة الحماية لِمَا يتناسب مع حالة كل مريض، وفي بعض المستشفيات يقوم بهذا الدور الأخصائي الغذائي.

بعد التحليل في النتائج المتعلقة بمستوى جودة الخدمة الصحيّة لدى العينة المستهدفة بالدراسة وجدنا بأنّ المتوسط الحسابي 39.63، وبانحراف معياري 9.88، مما يدل على أنّ هذا المستوى منخفض؛ وهو ما دفعنا إلى ربطه ببعض المتغيرات التي نعتقد أنّها السبب وراء هذا الانخفاض، والتي سوف نعرض نتائج ارتباطها في المحاور اللاحقة.

الجدول رقم (56): يوضح النتائج الاحصائية لجودة الخدمة الصحيّة بمستشفى الجلفة.

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المحور
جودة الخدمة الصحيّة	39.63	9.88	منخفض

المصدر : نتائج معطيات ال SPSS

ثانياً- عرض ومناقشة نتائج محور الحوافز وارتباطه بنتائج جودة الخدمة الصحية:

1 - التحليل الإحصائي للبيانات الميدانية المتعلقة بمتغير الحوافز:

الجدول رقم (57): يوضح التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة بالحوافز.

تقدير العبارة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارة
			%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
غير موافق	1.13	1.96	0.6	2	17.7	61	4.9	17	30.2	104	46.5	160	1
غير موافق بشدة	0.86	1.69	0	0	6.1	21	7.6	26	35.2	121	51.2	176	2
غير موافق بشدة	0.76	1.57	0	0	4.4	15	3.8	13	36.3	125	55.5	191	3
غير موافق	1.08	1.89	0.3	1	13.1	45	11.9	41	25.0	86	49.7	171	4
غير موافق	0.97	1.75	0.6	2	8.1	28	9.6	33	29.4	101	52.3	180	5
غير موافق بشدة	0.95	1.51	73.0	251	10.5	36	10.5	36	4.9	17	1.2	4	6
غير موافق بشدة	1.20	2.24	2.0	7	18.6	64	18.0	62	23.8	82	37.5	129	7
غير موافق	0.71	1.49	0	0	2.6	9	4.7	16	31.4	108	61.3	211	8

غير موافق بشدة	0.75	1.54	0	0	3.2	11	6.4	22	31.4	108	59.0	203	<b>9</b>
غير موافق بشدة	1.09	2.05	0.6	2	10.8	37	26.2	90	18.3	63	44.2	152	<b>10</b>
محايد	1.12	2.08	0.9	3	13.4	46	21.8	75	20.6	71	43.3	149	<b>11</b>
موافق	0.86	1.41	1.5	5	4.4	15	3.2	11	15.4	53	75.6	260	<b>12</b>
غير موافق بشدة	0.72	1.38	0.9	3	1.2	4	5.2	18	20.1	69	72.7	250	<b>13</b>
غير موافق	0.99	2.47	0.6	2	10.2	35	50.0	172	14.5	50	24.7	85	<b>14</b>
غير موافق بشدة	0.94	1.70	0.6	2	5.2	18	14.5	50	23.3	80	56.4	194	<b>15</b>
غير موافق بشدة	0.91	1.62	0	0	4.9	17	14.8	51	17.4	60	62.8	216	<b>16</b>
غير موافق	0.59	3.12	1.2	4	18.0	62	74.7	257	3.5	12	2.6	9	<b>17</b>
غير موافق	0.83	3.46	4.7	16	50.3	173	34.3	118	7.6	26	3.2	11	<b>18</b>
غير موافق بشدة	0.79	1.42	0.6	2	2.3	8	8.1	28	16.9	58	72.1	248	<b>19</b>

المصدر : استمارة الدراسة (فقرات المحور الثالث )

من خلال البيانات الإحصائية المعروضة في الجدول أعلاه نلاحظ أنّ عينة الدراسة تعتبر منظومة الحوافز من العوامل المساهمة في تحسين الأداء والدافعة إلى تحقيق جودة الخدمة؛ إذ يرى أفراد عينة الدراسة أنّ المنظومة التحفيزية التي يقدمها المستشفى لا ترقى إلى مستوى تطلعاتهم؛ حيث كانت إجاباتهم تميل في إتجاهين بين الرفض بشدة والرفض لمقترحات المقياس، وقد تم ترتيب هذه الفقرات كما يلي:

□ صنفت الفقرة الأولى من المقياس: " إنّ ما يقدمه المستشفى من أجر يلبي الحاجيات الأساسية " بالمرتبة الثالثة عشر لدى أفراد عينة الدراسة، وذلك من حيث درجة عدم توفرها وغير موافق بشدة على مضمونها بعدد 160 مفردة من مجموع 344 أي بنسبة 46.5% وبمتوسط حسابي قيمته 1.96، وإنحراف معياري 1.13، ويضاف إلى ذلك أنّ نسبة 30.2% من العينة اجابت بغير موافقة، بمعنى أنّ نسبة أكثر من 76.7% من المستجوبين غير راضين على الأجر التي يمنحها المستشفى في حين أجابت العينة بموافق بما نسبته 17.7%، وفضلت 4.9% من عينة الدراسة موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثانية من المقياس " يتوافق الأجر المتحصل عليه والمجهودات التي يقدمها العامل " بالمرتبة الحادية عشر لدى افراد عينة الدراسة، بالإجابة ب: غير موافق بشدة على مضمونها بنسبة 51.2%، وبمتوسط حسابي قيمته 1.69. ويلاحظ أنّ ما نسبته 35.2% أجابت بغير موافق الأمر الذي يعني أنّ أكثر من 86.4% من عينة الدراسة ترى أنّ ما يبذل من جهد لا يتوافق مع ما يقدمه المستشفى من أجر، في حين فضلت 7.6% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثالثة من المقياس " تمنح الأجر بالمستشفى بانتظام شهريا " بالمرتبة التاسعة لدى أفراد عينة الدراسة، بالإجابة على عدم الموافقة بشدة على مضمونها بتعداد 191 مفردة من مجموع 344، أي بنسبة 55.5%، وبمتوسط حسابي قيمته 1.57، وبانحراف معياري قيمته 0.76. ويضاف إليها ما نسبته 36.3% من عينة الدراسة أجابت بغير موافق.

□ صنفت الفقرة الرابعة من المقياس " تمنح علاوة المردودية وفق معايير موضوعية " بالمرتبة الثانية عشر لدى افراد عينة الدراسة، حيث أجابوا عليها بعدم الموافقة بشدة على

مضمونها بتعداد 171 مفردة أي بنسبة 49.7% وبمتوسط حسابي قيمته 1.89، وبانحراف معياري قيمته 1.08. ويضاف إليها نسبة 25% من نسبة العينة أجابت بغير موافق، في حين نسبة 13.1% من عينة الدراسة أجابت بموافق بينما فضلت نسبة 11.9% من العينة موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الخامسة من المقياس " ما أتحصل عليه من مبلغ علاوة المردودية يتوافق مع ما أبذله من جهد " بالمرتبة العاشرة لدى افراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة على مضمون هذه العبارة، بتعداد 180 مفردة من المجموع العينة أي بنسبة 52.3%، وبمتوسط حسابي مقداره 1.75، وانحراف معياري بقيمة 0.97. وبغير موافق بنسبة 29.4% من عينة الدراسة، بينما أجابت نسبة 8.1% من المبحوثين بموافق على مضمون الفقرة ؛ في حين فضلت نسبة 9.6% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة السادسة من المقياس " يتم الحصول على منحة المردودية بغض النظر عن اداء الموظف " بالمرتبة الثانية لدى افراد عينة الدراسة، الذين أجابوا ضمناً بعبارة موافق بشدة على مضمون الفقرة، بتعداد 251 من مجموع العينة بنسبة 73%، وبمتوسط حسابي قيمته 1.51، وانحراف معياري قيمته 0.95، وبالإجابة عن العبارة بموافق بنسبة 10.5% من عينة الدراسة.

□ صنفت الفقرة السابعة من المقياس " يتم الحصول على الترقية وفق معايير موضوعية دون تمييز أو تحيز " بالمرتبة السادسة عشر لدى افراد عينة الدراسة الذين اجابوا بعبارة غير موافق بشدة على مضمون الفقرة، بنسبة 37.5% وبمتوسط حسابي قيمته 2.24، و بانحراف معياري قدره 1.20، وبالإجابة عن العبارة بغير موافق بنسبة 23.8% من عينة الدراسة. بينما أجابت ما نسبته 18.6% من عينة الدراسة بالموافقة على مضمون العبارة، في حين فضلت نسبة 18% من العينة موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثامنة من المقياس " يوفر المستشفى فرص عديدة للترقية " بالمرتبة السادسة لدى افراد عينة الدراسة الذين اجابوا بغير موافق بشدة على مضمون الفقرة ، بنسبة 61.3% ، بمتوسط حسابي قيمته 1.49، وانحراف معياري قدره 0.71، كما يلاحظ أن ما

نسبته 31.4 % من العينة غير موافقة، بمعنى أن أكثر من 90 % من عينة الدراسة ترى أن المستشفى لا توفر فرص للترقية.

□صنفت الفقرة التاسعة من المقياس " ما يوفره المستشفى من بدلات يرقى إلى رضى الجميع " بالمرتبة السابعة لدى عينة الدراسة، الذين اجابوا بغير موافق بشدة على مضمون الفقرة ، بنسبة 59 %، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.54، وانحراف معياري يقدر ب 0.75، وتشير نسبة 31.4 % من المستجوبين اجابوا بغير موافق الأمر الذي يعني أن 90 % من عينة الدراسة ترى أن المستشفى لا توفر البدلات لا من حيث الكيف ولا من حيث النوعية.

□صنفت الفقرة العاشرة من المقياس " لا تتوانى المستشفى في معاقبة كل من يتهاون في العمل " في المرتبة الرابعة عشر لدى عينة المتهاونين من العمال، يدعم ارتفاع هذه النسبة، نسبة 26.2 % من عينة الدراسة فضلت الحياد الدراسة، الذين اجابوا بغير موافق بنسبة 44.2 % ، وبمتوسط حسابي قيمته 2.05، وانحراف معياري يقدر 1.06، ويلاحظ أن نسبة 18.3 % من المستجوبين اجابوا بغير موافق، الذي يعني أن نسبة 62.4 % من عينة الدراسة ترى أن ادارة المستشفى لا تقوم بمعاقبة للإجابة عن هذه الفقرة.

□صنفت الفقرة الحادية عشر من المقياس " لا تتوانى المستشفى في معاقبة كل من يتأخر عن المداومة " في المرتبة الخامسة عشر لدى عينة الدراسة، الذين اجابوا بغير موافق بنسبة 43.3 %، و بمتوسط حسابي بقيمة 2.08، وبانحراف معياري 1.12، يضاف إليها نسبة 20.6 % من المستجوبين الذين اجابوا بغير موافق، الأمر الذي يعني أن أكثر من نسبة 63 % من عينة الدراسة ترى أن إدارة المستشفى لا تقوم بمعاقبة كل من يتأخر عن المداومة؛ مع تسجيل نسبة 21.8 % من عينة الدراسة فضلت موقف الحياد، الأمر الذي يدعم موقف النسبة الأولى.

□صنفت الفقرة الثانية عشر من المقياس " يوفر المستشفى وسيلة نقل لكل المداومين " في المرتبة الأولى لدى عينة الدراسة، من خلال الإجابة بغير موافق بشدة على مضمون الفقرة ، بنسبة 75.6 %، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.41، وبانحراف معياري يقدر ب 0.86، يضاف إليها نسبة 15.4 % من المستجوبين الذي اجابوا بغير موافق عن الفقرة، لتصبح نسبة 91 % من عينة الدراسة ترى أن وسيلة النقل لا توفرها المستشفى.



□ صنفت الفقرة الثالثة عشر من المقياس " يحافظ المستشفى على صحة موظفيه من خلال توفير خدمات طب العمل " في المرتبة الثالثة لدى عينة الدراسة ، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 72.7 %، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.38، وبانحراف معياري قدره 0.72، تضاف إليها نسبة 20.1 % من المستجوبين أجابوا بغير موافق؛ ليكون رأي أكثر من 92% من عينة الدراسة ترى أنّ المستشفى لا توفر طب العمل لموظفيها.

□ صنفت الفقرة الرابعة عشر من المقياس " يوفر المستشفى وسائل الحماية من الأمراض المعدية " في المرتبة السابعة عشر لدى عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون العبارة، بتعداد 38 مفردة من مجموع العينة، أي، بنسبة 24.7%، وبمتوسط حسابي قيمته 2.47، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.99، في حين اتخذت نسبة 50% من عينة الدراسة موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الخامسة عشر من المقياس " الأجهزة الطبية التي تستخدم في المستشفى جيدة ومناسبة " في المرتبة الثامنة لدى عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون العبارة، بنسبة 56.4 %، وبمتوسط حسابي يقدر بـ 1.70 و بانحراف معياري قيمته 0.94؛ في حين أجابت نسبة 23.3 % من المبحوثين بغير موافق، الأمر الذي يعني أنّ أكثر من 79 % عينة الدراسة ترى أنّ الأجهزة الطبية غير جيدة.

□ صنفت الفقرة السادسة عشر من المقياس " العمل بالمستشفى يوفر الشعور بالاستقرار والأمان " بالمرتبة الخامسة لدى عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون العبارة ، بنسبة 62.8 %، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.62 ، وبانحراف معياري قدره 0.91؛ ورأت ما نسبته 17.4% من عينة الدراسة بعدم الموافقة على مضمون العبارة، الشيء الذي يعني أنّ أكثر من نسبة 80% من عينة الدراسة لم تشعر بالاستقرار والأمان داخل المستشفى.

□ صنفت الفقرة السابعة عشر من المقياس " تتميز العلاقة بين الأطباء والمرضى بالتعاون " بالرتبة الثامنة عشر لدى عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون العبارة بتعداد 11 مفردة من العينة، بنسبة 3.20%، بمتوسط حسابي قيمته 3.46

وبانحراف معياري يقدر بـ3.46، في حين تشير النسبة العالية إلى 50.3 % من العينة بالإجابة بموافق عن مضمون، تضاف إليه نسبة 4.7 % أجابوا بموافق بشدة، لتصبح نسبة 55% من عينة البحث تقر بوجود علاقة تعاون بين الفئتين ( المرضى والأطباء ) تدعم هذه النسبة، بنسبة 34.3 % من المبحوثين آثرت أن تتخذ موقف الحياد من هذه العبارة.

□ صنفت الفقرة الثامنة عشر من المقياس " تأخذ إدارة المستشفى بكل المقترحات التي يقدمها الفريق الطبي " بالمرتبة الرابعة لدى أفراد عينة الدراسة ، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بتكرار 248 مفرد من العينة، أي، بنسبة 72.1 % ، وبمتوسط حسابي قيمته 1.42، وبانحراف معياري 0.79 ؛ في حين عبرت نسبة 16.9% من المبحوثين بغير موافق، الشيء الذي يعني أنّ نسبة 89% من عينة الدراسة ترى أنّ إدارة المستشفى لا تأخذ بمقترحاتهم.

## II - التحليل السوسولوجي للبيانات الميدانية المتعلقة بمتغير الحوافز:

نعتمد نفس الطريقة التي تبنيها في محور تحليل جودة الخدمة الصحية، وذلك بتقسيم محور الحوافز الى أبعاد، للحفاظ على رصانة النص والتحليل، وتجنب التكرار ولكي نعطي للتحليل بعده الحقيقي، وعليه تم تقسيم محور الحوافز إلى:

### أولاً- الأجر والعلاوات والعقوبات:

#### 01- الأجر والعلاوات

☒ الاتجاه العام لعينة الدراسة في إجابته عن الفقرة : " إنّ ما يقدمه المستشفى من أجر يليب الحاجيات الأساسية " بلغت نسبتها أكثر من 70 % من المستجوبين غير راضين على الأجر التي يمنحها المستشفى؛ حيث يعتبر الأجر من بين الأولويات التي يوليها العمال بصفة عامة أهمية بالغة، ويقع مطلب زيادة الأجر على رأس سلم المطالب، فقد أصبح النسق المقدم للخدمة الطبية من الطبيب والمرضى يتطلع إلى تحقيق الرفاه الاقتصادي، كما هو متاح لبعض الفئات في المجتمع، الذين ظهروا في ثوب تجار ورجال أعمال مستفيدين من الأموال التي منحتها الدولة لهم؛ ولذلك يتطلع النسق الطبي العامل بالجلفة إلى تحسين معيشته اليومية من لباس يلائم مركزه الاجتماعي، و تغذية صحية متوازنة، ولما لا توفير بعض الراتب للقيام بالسياحة رفقة أسرته، كما هو منتشر في المجتمع

المحلي، السياحة الداخلية والخارجية - الدينية السياحة الى تركيا وتونس ...- لكن الشواهد والدلائل لمن استجوبناهم لديهم أسر يقومون بإعالتها وأن مطالب الأسر تتنامى يوما بعد يوم ، ولذلك فإنه مهما زاد الأجر فإنّ الحاجات في تزايد مستمر، بالإضافة إلى الارتفاع الفاحش للأسعار في الآونة الأخير، وقد أشار المبحوثون إلى غلاء الكراء والمواصلات، فسعر الكراء في هذه المدينة أصبح خياليا مقارنة بالسنوات الماضية، إضافة إلى أنّ هناك فئة من العمال تقطن في البلديات والدوائر القريبة من مكان العمل، ولذلك تعاني هذه الفئة من غلاء المواصلات؛ هذه غالبية من المرضى .

أمّا الأطباء فكان تعليقهم عن الراتب الشهري المخصص لهم لا يفي الغرض مقابل سنوات التكوين التي قضاها في الجامعة، إذ يعتبر التكوين الأكثر مدة، وكثيرا ما يقارنون أنفسهم بما يحدث في الدول المتقدمة، إذ تقع رواتب الأطباء في المقدمة مقارنة بالمهن الأخرى، فالأطباء يرون أنفسهم من النخبة في المجتمع وهم من يملكون سلطة المعرفة. والكثير منهم يفكر في مغادرة المؤسسة للعمل في القطاع الخاص، أو في الدول الأوروبية، أو في دول الخليج، إذ أصبحت دول الخليج خاصة المملكة العربية السعودية، قبلة لهذه الكوادر الفاعلة بعد عروض التوظيف التي تمنحها لهم.

فالراتب أو الأجر يُعدُّ العامل الأساسي للنسق الطبي المقدم للخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بالجلفة، متجسدا في جملة من الاحتياجات يسعون على تحقيقها وإشباعها، فلا يمكن أن ننفي دور الأجر كمحفز هام بالنسبة للعاملين، فمتى تحقق الرضا عن الأجر ينعكس ذلك على مردودية الأداء، فكثيرا ما نشاهد احتجاجا لمختلف الفئات الإجتماعية كافة القطاعات تطالب بتحسين الأجور وبيرونة مطلبا أساسيا، لذلك حينما يكون الأجر عادلا ومناسبا، يدفع العامل إلى بذل الجهد وتحسين الأداء بتجويد الخدمة وبتعديل سلوكه لإرضاء الزبون وتحقيق أهداف المؤسسة؛ وهذا المنحى الذي ذهب إليه فريديريك تايلور .

ولقد رأينا أنّ عينة الدراسة غير راضية عن قيمة الراتب الذي تتلقاه وهذا يعني أنها غير محفزة إيجابيا، مما ينعكس على مستوى الأداء، وقد أكدت العينة ذلك من خلال الإجابة عن العبارة " يتوافق الأجر المتحصل عليه والمجهودات التي يقدمها العامل "، ب: غير موافق بشدة وغير موافق على مضمونها بنسبة 85 % من عينة الدراسة، مصرحةً، أن ما يبذل من جهد لا يتوافق مع ما يقدمه المستشفى من أجر؛ ففي بعض المصالح الاستشفائية تؤدي

أعمال فوق طاقتها ، كمصلحة الاستعجالات التي تعج بالمرضى فلا يكاد ينقطع العمل بها بل لا يكاد ينقطع فيها الاحتجاج من طرف المواطنين ، قد يصل الحال إلى الضرب والشتم...وتكاد تكون هذه يوميات الاستعجالات، وفي مصلحة تصفية الكلى الأمر سيان.

ومما زاد الطين بلة أنّ هذا الراتب الزهيد من وجهة نظر العينة - لا يتقاضونه في وقته وهذا ما جاء في إجابة عينة الدراسة على الفقرة " تمنح الأجور بالمستشفى بانتظام شهريا " بالإجابة على عدم الموافقة بشدة، وعدم الموافقة على مضمونها بنسبة 91.8% . أي أنّ غالبية العينة تعاني من هذا الإضطراب في تخليص العمال في مستشفى الجلفة، عند تأخر التخليص، فإنّ العامل يشعر أنّه لم يتقاض الراتب لمدة شهرين، بالرغم من القانون واضح في مثل هذه الحالة، (على أن الرواتب تدفع بانتظام)، وهذا ما نلاحظه في أسلاك الأمن، أي أن العمال في هذه الأسلاك لهم يوم معلوم يذهبون فيه لتقاضي رواتبهم . وهذا ما يؤكده التراث النظري ، كنظرية عدالة الأجور، إذ ترى:

☐ ينظر الناس إلى العلاقات الإجتماعية مع الآخرين على أنّه عملية تبادلية، أي أنهم يتوقعون عوائد معينة لقاء ما يبذلونه من جهد أو يقدمونه من خدمة للآخرين.

☐ يميل الناس إلى مقارنة العوائد التي يحصلون عليها بالعوائد التي يحصل عليها الآخرون، منها الأجور والرواتب.

هذا الوضع الملاحظ والمعاش في مستشفى الجلفة من شأنه أن يثبط من عزيمة الفاعلين في المؤسسة، وينعكس على مردود أدائهم بتدني مستوى الرعاية الصحيّة ويجعلهم يبحثون عن مصادر أخرى لزيادة الدخل.

☐الاتجاه العام لعينة الدراسة في إجابته عن الفقرة " ما أتحصل عليه من مبلغ علاوة المردودية يتوافق مع ما أبذله من جهد " بنسبة 74.7% صرحت بعدم توافق الجهد المبذول وقيمة علاوة المردودية، هذا يشير الى أن قيمة المردودية التي تمنحها المستشفى لا تفي بالغرض، ولم تعد ترضي تطلعات عينة الدراسة، في حين نلاحظ أن 8.1% من عينة الدراسة صرحت برضاها عن ذلك، بينما اكتفت 9.6% بموقف الحياد، الأمر الذي جعلنا نقرب إلى هذه الفئة - أثناء إجاباتهم على الاستمارة - لمعرفة أسباب الرضى في ظل تدمير الجميع، لتكون الإجابة على أنّهم راضون بذلك لأنهم لا يبذلون الجهود اللازمة والمطلوبة

منهم، فقال أحد الأطباء - لو كنت حاضرا دائما، فإنّ هذه القيمة لا تساوي شيئا أمام ما سأقدمه من خدمات.

فالإنسان بصفة عامة وفي أي مجال يشعر بأهميته وقيّمته إذا كان هناك تقدير لجهده المبذول، فينال على ذلك تعويضات متمثلة في أيام عطل، أو زيادة العلاوات والمنح جراء ما يبذله في المؤسسة من جهود.

وعلى نفس المنحى السابق جاءت إجابات عينة الدراسة عن الفقرة " يتم الحصول على منحة المردودية بغض النظر عن أداء الموظف " بنسبة 83.5% صرحوا أنه يتم الحصول على هذه المنحة دون النظر الى مستوى أداء الموظف، أي أنّ الموظف يتحصل على هذه المنحة بدون النظر إلى غيابه، إلى جهوده، إلى مبادراته...الجميع يتساوى في الحصول على هذه المنحة، الأمر الذي أفقدها الصورة التحفيزية التي وضعت من أجله. وعند مناقشة بعض الفاعلين في الإشكال القائم ولمّا لا يقومون بإعطاء هذه المنحة حسب السلوك والأداء، تكاد تتفق إجاباتهم لكون القيمة المالية للعلاوة بسيطة مقارنة على ما تتحصل عليه الفئات الأخرى في القطاعات الأخرى.

فمنحة المردودية هي علاوة تعطى للموظف كل ثلاثة أشهر، حيث يقوم المسؤول المباشر، رئيس المصلحة أو بما يسمى إطار الوحدة رفقة منسق المصلحة، بتقييم أداء العامل وتمنح له النقطة التي تتراوح بين 0-20.

يتضح من إجابات العينة أنّ الأساليب الموضوعية لتقييم الأداء غائبة بمستشفى الجلفة والتي تقوم أساسا على إتجاهين متوازيين هما:

☒ تقييم أداء العاملين بمختلف فئاتهم و مستوياتهم الوظيفية و المهنية.

☒ تقييم أداء الوحدات أو الأقسام أو الإدارات التي تتكون منها المستشفى.

وتعتبر عملية تقييم أداء العاملين واحدة من أهم المفردات إدارة الموارد البشرية في المستشفيات، وتهدف بصورة أساسية إلى معرفة جودة وكفاءة كل فرد في وظيفته وتقييم قدراته لغرض التطوير والترقية، وهي بهذا المعنى تحمل بعدا حاضرا وبعدا مستقبليا، فالبعد الحاضر يعني إصدار حكم على مستوى أداء الفرد كوسيلة مهمة من وسائل الرقابة، أمّا البعد المستقبلي فيتضمن إكتشاف القدرات و الطاقات الكامنة للموظف لغرض الوقوف على حقيقة إمكانية تطويره وترقيته لإستلام مناصب أعلى.

ويعتمد تقييم أداء العاملين على عنصرين أساسيين، هما البعد الفني و البعد السلوكي، فالبعد الفني يعني تطوير مجموعة من المعايير، أما البعد السلوكي فيشير إلى قدرة المديرين على انجاز هذا التقييم، بعيدا عن المحاباة أو الخوف من رد فعل المرؤوسين، الأمر الذي يعني أن يتصف الرؤساء في المستشفيات بالجرأة و التجرد من حيث التقييم الموضوعي، و قياس مستوى أداء المرؤوسين لكل عنصر من عناصر تقييم الأداء، و من حيث مواجهتهم بنتائج التقييم و محاسبة المقصرين و تحفيز المجدين، و يمكن تصنيف معايير أداء العاملين بالمستشفيات إلى مجموعتين هما:

1- معايير موضوعية .

2- معايير تقديرية .

فالمعايير الموضوعية بدورها تنقسم إلى فئتين :

- معايير عامة :

1- الانضباط و المواظبة على أوقات العمل

- معدل حدوث الغياب

- مدة الغياب

- تكلفة الغياب

- مواعيد الغياب

2- الشكاوى ونتائجها: شكاوى المرضى والزائرين والزملاء والمرؤوسين لشخص ما.

3- الأضرار أو الخسائر الناتجة عن الأداء.

- معايير التقديرية: فهي صعبة كون أداء الممرضين و الأطباء لا يمكن قياسه أو إخضاعه للمعايير التقديرية.

و يعتمد لتقييم الأداء على تقارير أو نماذج تعدها إدارة الموارد البشرية لتقييم الأداء، و عادة ما تحتوي هذه التقارير على:

1- المعايير الإنسانية: وهي تتمحور حول علاقة الموظف برؤسائه و مرؤوسيه و زملائه.

2- المعايير الشخصية: و هي تتركز حول قدرة الموظف على البذل و العطاء، و تحقيق الذات و البراعة و اللباقة التي يظهرها الموظف.

3- المعايير المهنية: وتتمثل في قدرة الموظف على أداء واجباته و حل كافة المشاكل التي تعترض عمله المهني ،بهدف انجاز أهداف المستشفى الذي ينتمي إليه. و من أمثلة أنواع المعايير المشار إليها سابقا و الأكثر شيوعا في الممارسات العملية ما يلي:

- أ - المعرفة بالعمل و الإلمام بمهام الوظيفة.
- ب - الجهد و الحماس في أداء العمل.
- ج - جودة أداء العمل.
- د - المواظبة و الانتظام في العمل.
- هـ - تنظيم العمل و تحديد أولوياته.
- و - المحافظة على أدوات و أجهزة العمل.
- ز - الاستجابة للتعليمات و التوجيهات.
- ح - قدرات التطوير الذاتي لأداء العمل.
- ط - الرغبة في تحمل المسؤولية.

☒ بنفس الطرح السابق أردنا أن نتعمق أكثر في حزمة الحوافز التي تقدمها مستشفى الجلفة فكان الإتجاه العام للعينة حول الإجابة عن الترقية بوصفها أحد العوامل المهمة في نظام الحوافز بالفقرة " يتم الحصول على الترقية وفق معايير موضوعية دون تمييز أو تحيز " بنسبة 61.3 % من الذين اجابوا بعبارة غير موافق بشدة، وغير موافق على مضمون الفقرة ، بينما أجابت ما نسبته 18.6 % من عينة الدراسة بالموافقة على مضمون العبارة، في حين فضلت نسبة 18% من العينة موقف الحياد.

تعتبر الترقية قرارات إدارية ينتظرها الموظف بإهتمام كبير فهي تعني الوصول إلى وظيفة أكبر و أهم و درجة مالية أعلى، فتزداد سلطتهم الأدبية و الإشرافية وذلك الصعود في السلم الإداري للموظف من وظيفة إلى وظيفة أعلى درجة.

أمّا عن الفريق الطبي المقدم للنسق الخدمة الصحية والمتكون من الطبيب والممرض مثلهم مثل كل الموظفين في القطاع العام يخضعوا أثناء مساره المهني إلى التقييم الدوري الذي يهدف إلى تقدير مؤهلاته المهنية وفق منهجين الترقية في الرتبة و الترقية في الدرجة



يضاف إليها الترقية لتولي منصب نوعي، والتي هي كالاتي: فالفرق الطبي المقدم للخدمة الصحية، يترقى في الرتبة بالانتقال من رتبته الأصلية إلى رتبة أعلى وفق شروط معينة:

### \*● الترقية في الرتب للنسق المقدم للخدمة الصحية:

☐ بالنسبة للأطباء العامين الممارسين في الصحة العمومية: وهذا وفق المرسوم التنفيذي رقم 09-393 المؤرخ في 24 نوفمبر 2009 يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية إذ يضم سلك الأطباء العامين ثلاث رتب:

- رتبة طبيب عام للصحة العمومية، يعطى هذه الرتبة مباشرة بعد التوظيف .  
- رتبة طبيب عام رئيسي في الصحة العمومية، يمنح هذه الرتبة بعد 05 سنوات عمل فعلية.

- رتبة طبيب عام رئيس في الصحة العمومية، يمنح هذه الرتبة بعد 10 سنوات عمل فعلية. وبنفس الرتب تعطى للصيادلة وجراحي الأسنان.

أمّا المناصب العليا التي يتحصل عليها الأطباء العامين والصيادلة وجراحي الأسنان:  
- طبيب رئيس وحدة - للحصول على هذا المنصب لا بد أن يكون للطبيب العام 05 سنوات فعلية.

- طبيب منسق - طبيب رئيس 03 سنوات - أو طبيب عام 10 سنوات عمل فعلي.

☐ بالنسبة لسلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية: وهذا وفق المرسوم التنفيذي رقم 09-394 المؤرخ في 24 نوفمبر 2009 يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية:  
- رتبة ممارس أخصائي مساعد، يقابله أستاذ مساعد إستشفائي جامعي ( في المستشفى الجامعي).

- رتبة مارس أخصائي رئيسي.

- رتبة ممارس أخصائي رئيس.

- ورتبة الممارس المتخصص الرئيس الممتاز - 10 سنوات خدمة فعلية، والذين قاموا بتأليف منشورات ذات طابع علمي بيداغوجي.

أمّا المناصب العليا التي يتحصل عليها الممارسون المتخصصون في الصحة العمومية:



- رئيس وحدة.

- رئيس مصلحة.

- طبيب عمل مفتش.

☒ بالنسبة للشبه طبيين للصحة العمومية ( الممرضون ) : مرسوم تنفيذي رقم: 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية؛ و يضم سلك الممرضين للصحة العمومية ثلاث رتب:

- رتبة ممرض للصحة العمومية؛

- رتبة ممرض متخصص للصحة العمومية؛

- رتبة ممرض ممتاز للصحة العمومية؛

يضاف إلى السلك الشبه طبي، سلك مساعدي التمريض للصحة العمومية، ويضم:

- رتبة مساعد في التمريض للصحة العمومية؛

- رتبة مساعد رئيسي في التمريض للصحة العمومية؛

أما المناصب العليا التي يتحصل عليها سلك الشبه طبيون في الصحة العمومية:

- إطار شبه طبي: يعين من بين الشبه طبيين المتخصصين في الصحة العمومية على الأقل الذين يثبتون 3 سنوات في الخدمة الفعلية.

- منسق النشاطات الشبه طبية: يعين من بين الشبه طبيين المتخصصين في الصحة العمومية على الأقل الذين يثبتون 5 سنوات في الخدمة الفعلية.

## الترقية في الرتب و ذلك حسب ما يلي:

أ- الترقية الإختيارية: يسجل في قائمة التأهيل كل العمال الذين تفوق خبرتهم عشر سنوات في الصنف، ثم تعرض على لجنة متساوية الأعضاء للبحث فيها و تعطى الأولوية حسب تنقيط رئيس المصلحة، و معايير أخرى تكون اللجنة قد إتفقت عليها ليلتحق من تم إختيارهم إلى الرتبة الأعلى مباشرة.

ب- الترقية عن طريق الامتحان أو الفحص المهني: و يشارك فيه الممرضون الذين لديهم أكثر من خمس سنوات خبرة في الصنف، و بعد إعلان النتائج و هذا حسب عدد المناصب الشاغرة يتم الالتحاق بمدرسة الشبه الطبي لمتابعة تكوين لمدة سنتين.

●\* **الترقية في الدرجات:** يترقى أي عامل عبر سلم درجات من 1 - 12 و هذا عبر مدد زمنية تتراوح ما بين القصيرة إلى طويلة المدى و يتوقف هذا على حسب تقييم رئيس المصلحة للمرض، ويتم إدراج كل الممرضين في نفس والصنف في قائمة التأهيل و الذين تتراوح مدد بقائهم في الدرجات من سنتين و نصف إلى ثلاثة و نصف و يتم عرض القائمة على لجنة متساوية الأعضاء ل يتم الفصل فيها و يرقى كل حسب ما تحصل عليه من تنقيط رئيسه و حسب رأي اللجنة. والترقية في الوظيفة العمومي تكون:

الترقية في الدرجة	المدة الدنيا	المدة المتوسطة	المدة القصوى
من درجة إلى درجة أعلى منها	سنتان ونصف سنة	3 سنوات	3 سنوات و نصف سنة
المجموع : 12 درجة	30 سنة	36 سنة	42 سنة

أمّا فيما يخص الفرص التي تمنحها المستشفى للترقية، فقد رأت عينة الدراسة بالإجابة عن الفقرة " يوفر المستشفى فرص عديدة للترقية " بعبارة غير موافق بشدة، وغير موافق على مضمون الفقرة بنسبة أكثر من 92.7 % من عينة الدراسة ترى أنّ المستشفى لا توفر فرص للترقية، وبالفعل يلاحظ ذلك فمهنة التمريض تمتاز بالجمود المهني أي أن الممرض يبقى ممرضاً و لا يمكن له بأي حال من الأحوال أن يكون طبيباً، وقد طالبت بعض النقابات في قطاع الصّحة والمدافعة عن فئة الممرضين، بأن يُفتح باب الماستر والدكتوراه في العلاج العام ، كما هو الحال في بعض الدول الأوروبية، وفي كندا . أمّا بالنسبة

للأطباء تبقى الترقية مرهونة بعدد المناصب المالية التي تفتحها المستشفى، أمّا فيما يخص المناصب العليا فهي متعلقة، بعدد المصالح الموجودة بالمستشفى، ونفس الحال بالنسبة للممرضين فالمناصب العليا متعلقة بعدد المصالح، أي، حسب الهيكل التنظيمي للمستشفى. لقد سبق و أشرنا إلى أن للموظف حاجات ورغبات يسعى إلى تحقيقها وإشباعها عن طريق بذل مجهود مضاعف في سبيل إثبات مهاراته وكفاءاته ومدى استحقاقه لهذه الوظيفة والمهام الموكلة إليه، ومن بين ما يطمح إليه العامل في المؤسسة ويسعى إلى بلوغه هو الترقية في الوظيفة ، فالترقية حسب التراث النظري، هي نقل الفرد من وظيفته الحالية إلى وظيفة أخرى في مستوى تنظيمي أعلى، حيث يتحمل واجبات ومسؤوليات أكبر ويتمتع بشروط عمل أحسن كالزيادة في الأجر وارتفاع مركز الإجماعي بين العمال وفي المجتمع. ولذلك يسعى الفرد في المنظمة إلى تحقيقها، عن طريق بذل جهد مضاعف في سبيل إثبات كفاءته وجدارته في الأداء والسلوك، في حين تسعى المنظمة عن طريق الترقية وغيرها من المكافآت الي شحذ وتحفيز عاملها لتطوير وتنمية مهاراتهم وبذل جهود أكبر من خلال اداء المهام الموكلة اليهم في سبيل تحقيق النتائج المتوقعة على الصعيد الفردي، وللمنظمة، والمجتمع.

ورأينا في تحليلنا السابق مدى إحباط عينة الدراسة من طرق الترقية التي توفرها مستشفى الجلفة:

- جمود الترقية عند الممرضين بعدم فتح آفاق للترقية في المسار العلمي لمهنة التمريض، كما هو الشأن في بعض دول العالم.
- عدد المناصب الي تفتح للترقية الداخلية جد محدود، في ظل تنامي الطلب على يد العاملة في التمريض والأطباء، للنقص العددي في النسق المقدم للخدم الصحية في المستشفيات.
- المناصب العليا لشغل مناصب عليا في المستشفى، كرئيس مصلحة، منسق... يرتبط بالهيكل التنظيمي للمؤسسة، وبالتالي أعداد المناصب محدودة، وأمرها محسوم، فلا يطمح أحد في شغلها لكونها مشغولة.

فالمستشفى مؤسسة عمومية تعتمد في ترقيتها على نظام قانوني جامد، قانون الوظيفة العمومية، والقانون الخاص بممارسي الصحة العمومية، من شأنهما أن يعيقا المسير في حرية إعتاد أساليب ومعايير للترقية تخدم أهداف المؤسسة كمعيار الكفاءة، الأمر الذي إنعكس سلبا على مستوى أداء المؤسسة.

## 2- العقوبات أو الحوافز السلبية:

☒ الاتجاه العام لعينة الدراسة في إيجابتها عن الفقرة" لا تتوانى المستشفى في معاقبة كل من يتهاون في العمل " بنسبة 62.4 % من عينة الدراسة ترى أنّ إدارة المستشفى لا تقوم بمعاقبة المتهاونين من العمال، يدعم ارتفاع هذه النسبة، نسبة 26.2 % من عينة الدراسة فضلت الحياد للإجابة عن هذه الفقرة.

يتمثل الهدف الأساسي من التأديب في جعل سلوك الفرد مسؤولا في العمل و تزداد الحاجة إلى التأديب عندما تخالف إحدى القواعد أو الإجراءات، و يجب أن تطبق الإجراءات التأديبية على الجميع دون استثناء أو مفاضلة، و هنا نعتد على ثلاثة مكونات أساسية:

أ- **مجموعة واضحة من القواعد و الإجراءات :** و هذه القواعد تتعلق ببعض القضايا مثل التحرش الجنسي، أو تناول الكحول أثناء العمل و من أمثلة تلك القواعد:

- مستوى الأداء المنخفض غير المقبول، فعلى كل فرد أداء عمله بشكل سليم و بكفاءة و وفقا للمعايير الموضوعية.

- ارتداء الزي الرسمي للعمل.

- ممنوع اصطحاب أو تناول الكحول.

- التعامل مع المرضى دون تمييز أو مفاضلة، مع تقديم المساعدة للمريض.

- الالتزام بتعليمات طبيب المصلحة و رئيس المصلحة ... الخ .

هذا و يتمثل الهدف الأساس من وضع القوانين، و الإجراءات في إعلام الموظفين في بداية التحاقهم بالعمل بما ينبغي و لا ينبغي أن يكون عليه سلوك المقبول، و لذلك يجب أن يعلن جميع الأفراد بتلك القواعد و الإجراءات و بصيغة مكتوبة، و عادة ما يتم ذلك خلال برامج التهيئة المبدئية التي تقدم للموظف.

ب- وجود نظام للعقوبات: يجب أن تتسم تلك العقوبات بالتدرج حيث تبدأ من مجرد التحذير الشفهي ثم التحذير الكتابي، ثم التهديد بالفصل عن العمل، هذا و عادة لا يتم الفصل من أول مرة و لكن يتم التنبيه أكثر من مرة على الفرد قبل اتخاذ هذا القرار.

ج - وجود فرصة للتظلم أمام الفرد: حتى نضمن عدالة نظام التأديب.

و هذا ما لاحظناه في دراستنا أنّ الأغلبية تفتقد إلى التعزيز السلبي، و من أفراد العينة من أشار لنا أنّ نظام العقوبات يطبق على الضعفاء، كما تبين أنّ هناك مصالح بها رؤساء يتصفون بالصرامة في العمل، و هذا خصوصا في المصالح الحساسة كمصلحة الإنعاش. فرئيس المصلحة يفرض على نفسه الانضباط، يحترم مواقيت العمل، يقدم المساعدة عند الحاجة، يمتلك سلطة المعرفة، كما موجود في المستشفيات الجامعية، فالأستاذ Professeur رئيس المصلحة هو الأمر الناهي داخل المصلحة، ولا يتجرأ أحد عن مناقشته أو رفض طلباته ، فمستشفى الجلفة تحتاج إلى تواجد مثل هؤلاء الأطباء، أصحاب السلطة المعرفية، والصرامة في العمل، فالإدارة، لا تستطيع معاقبة أي عامل، إلا إذا كان الأمر جلل، وأنفق الجميع على معاقبته، فالإدارة ضعيفة، والسبب المباشر في ضعفها، التقسيمات في عدد الأيام التي يقوم بها الأطباء، بحضورهم يوم المداومة فقط، وعليه وجدت الإدارة نفسها في موقف ضعف؛ كما يقوم الممرضون أو الأطباء بالتضامن مع بعضهم البعض، لكسر شوكة الإدارة - حسب نظرهم، ويقومون بتحويل النقاشات، وتحريض العمال ، بأنّ إدارة المستشفى تقوم بالبنزسة في التوظيف، وتذكر بعض الأسماء، والبنزسة مع الممولين، وهكذا يجد نفسه صاحب القرار قد تنازل، ويضعون شكل من أشكال الصلح، التي تنتشر ثقافتها في المجتمع... وكثيرا ما تنتهي القضية بالصدقة، ويتأثر صاحب القرار بهذا الموقف ويصبح يضع في الحسبان تضامن الأطباء والممرضين في مثل هكذا حالات، وعلى ذلك فقدت العقوبة، أو التعزيز السلبي في مستشفى مكانتها في تعديل السلوك، وتحسين الأداء، فأصبح الكلام، في المستشفى ( المهم ماشية على لسان بعض من أفراد العينة ) المهم تستمر العجلة، لا توجد مداومة شاغرة من الطبيب أو الممرض. وهذ ما عززته العبارة التالية : " لا تتوانى المستشفى في معاقبة كل من يتأخر عن المداومة " أنّ أكثر من نسبة 63 % من عينة الدراسة ترى أنّ إدارة المستشفى لا تقوم بمعاقبة كل من يتأخر عن المداومة؛ مع تسجيل نسبة 21.8 % من عينة الدراسة فضلت موقف الحياد.

يلاحظ من هذه النتائج بأنّ المسؤولين غير مهتمين تماما بإنجازات الممرضين فأمر التشجيع قد لا يتطلب الشيء الكثير، وربما بالمدح والثناء على العاملين المتميزين يفي بالغرض، وقد لاحظنا في المقابل أنّه حتى من يتهاون لا يعاقب، وهكذا تنتقل عدوى التهاون وعدم الإكتراث إلى الجميع ويستفحل داء اللامبالاة بين الجميع، وقد عبر الكثير من أفراد العينة على أنّها "لاعبة" فلا يراعى فيها من يعمل ويجتهد ومن لا يعمل ويتهاون، كل هذه الأمور قد يراها البعض بسيطة ولكنها تتعكس سلبا على مستوى أداء الخدمات، فالتعزيز السلبي والايجابي أصبح أكثر من ضرورة في المنظمات وبالخصوص في المنظمات الصحيّة.

### ثانيا: ظروف العمل:

#### 1- النقل وبدلات النسق الطبي المقدم للخدمة الصحيّة:

☒ يشير الاتجاه العام لعينة الدراسة " يوفر المستشفى وسيلة نقل لكل المداومين " المرتبة الأولى لدى عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة وبغير موافق على مضمون الفقرة، بنسبة 91 % من عينة الدراسة ترى أن وسيلة النقل لا توفرها المستشفى؛ وللإشارة فان المرسوم التنفيذي رقم 11 - 121 المؤرخ في 20 مارس 2011، المتعلق بالقانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك الشبه طبيين للصحة العمومية؛ و المرسوم التنفيذي رقم 09-394 المؤرخ في 24 نوفمبر 2009 يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصّحة العمومية؛ تلزم إدارة المستشفيات بالنقل عندما يكونوا الأطباء والممرضون ملزمين بعمل ليلي أو مداومة، بمعنى إجبارية المؤسسة الصحيّة بتوفير النقل للمداومين ، وهذا ليتسنى للمداومين الحضور في الوقت.

لأنّ العمل الاستشفائي يحمل الطابع الاستعجالي، فلا يمكن مثلا لمصابي الحوادث أن ينتظروا حتى إلحاق عمال المداومة، فضياع أي دقيقة يعني إمكانية موت أحد المصابين، فقد لاحظنا في الميدان أنّ بعض الحالات الاستعجالات تأتي وقت انتهاء المداومة و بداية مداومة جديدة ( بين الساعة 07 و 09 صباحا)، فيكون المداومين الأوائل يتأهبون للخروج في انتظار قدوم المناوبين الجدد و قد نال منهم التعب و هذا كون العمل الليلي مرهق و متعب جدا و لذلك يحدث في هذه الفترات - فترات تغير المناوبين بعض التقصير في

العمل و لذلك رأى المشرع بضرورة توفير النقل للمداومين، فأى تأخر قد يؤدي بحياة مريض.

و في ميدان بحثنا فإنّ النقل غير متوفر لكل عمال المداومة الشيء الذي يؤثر في مستوى أداء النسق الطبي المقدم للخدمة الصّحية؛ واليوم وأثناء كتابتي لهذه الأحرف و في ظل جائحة كورونا كوفيد- 19، الفيروس الذي يهدد البشرية بالانقراض، وجدت المؤسسات الصحية نفسها في إشكالية نقل أعوان الصّحة بعد الإجراءات الوقائية التي اتخذتها الدولة بحضر التجوال وتوقيف المواصلات الفردية والجماعية، الأمر الذي دفع بسلطات البلاد بضرورة توفير النقل لأعوان الصحة، فقام مدير الصّحة والسكان بالجلفة بعقد اتفاق مع مدير مديرية النقل، بتسخير سيارات نقلهم. وبذلك أدرك المسؤولون مدى أهمية النقل في تحسين الخدمة الصّحية لأن الأمر يتعلق بحياة البشر.

وفي نفس السياق حول مدى توفر بدلات للعمل بمستشفى الجلطة فقد كانت الإجابة عن هذه الفقرة " ما يوفره المستشفى من بدلات يرقى إلى رضى الجميع " الذين صرحوا بغير موافق بشدة وغير موافق على مضمون الفقرة، نسبة 90 % من عينة الدراسة ترى أنّ المستشفى لا توفر البدلات لا من حيث الكيف ولا من حيث النوعية، ويلاحظ أنّ النسبة الأخيرة لم تستعد من الزي الرسمي للمرضين بالرغم من أنّ المرسوم التنفيذي المتعلق بالقانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الشبه طبيين يلزم المؤسسة بتوفير الزي الرسمي للمرضين.

ويعتبر الزي المهني لعمال القطاع الصحي إجباري وخاصة الفئات التي تتعامل مباشرة مع المرضى، منها فعند دخول الممرض أو الطبيب العمل يلزم بتغيير لباسه وارتداء المنزر أو الزي الكامل - المنزر والسروال- وهذا وفق المصالح الاستشفائية، وأنّ الهدف الرئيسي من وضع اللباس المهني هو الحماية من الأمراض المعدية، وتختلف أشكال الألبسة المهنية للنسق الطبي والشبه طبي حسب العناصر التالية:

- نوعية المريض؛

- نوعية العمل المنجز؛

- مكان العمل؛

وعموما توجد ثلاثة أنواع من الألبسة المهنية للمهنيين الصّحيين:

- مئزر أبيض.

- زي كامل اخضر أو ازرق للاماكن الخطيرة أو الأماكن المعقمة كغرفة العمليات.

وقد أشرنا في تحليلنا لمحور الجودة أنّ الفرق الطبية العاملة بالمؤسسات الصحيّة وأخص بالذكر المستشفيات لم تتلحقها من البدلات المهنية، كما أنّها لم تساهم في اقتناء بعض منها ، على الأقل شراء مئزرين أو ثلاثة كل سنة، إضافة إلى ما تقدمه المستشفى؛ فأصبح المظهر الذي يبدو فيه النسق المعالج اليوم لا يبعث روح الطمأنينة والثقة في نفوس المرضى. فقد حظيت المآزر البيضاء باحترام كبير منذ العصر الروماني، وهو كوسيلة للتعبير عن السلطة والنظافة، ولونها الأبيض يعطي إمكانية رؤية الأوساخ أو الدماء التي تلتصق بالمئزر، والتي تؤدي إلى المرض والعدوى هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يشير بياضها على العوم الطبيّة والنقاء والصفاء، ما ينعكس إيجاباً على نفسية المريض وأمله في الشفاء.

## 2- وسائل الحماية وطب العمل :

☒ الإتجاه العام لعينة الدراسة في إجابته عن الفقرة " يوفر المستشفى وسائل الحماية من الأمراض المعدية " بغير موافق بشدة ، وغير موافق عن مضمون العبارة بنسبة 39.2%؛ في حين اتخذت نسبة 50% من عينة الدراسة موقف الحياد.

تعتبر عدوى المستشفيات المكتسبة ،حالة تلوثية تحتل الأهمية العظمى، و تمثل القلق الحقيقي للمنظمات الصحية المحلية و الإقليمية و العالمية، و مما يزيد أهميتها لإثارة هذا القلق هو ظهور تلك الأمراض الكارثية كمرض العوز المناعي (Aids)، و التهاب الكبد الفيروسي نوع (B) و(C) و التهاب الجهاز التنفسي اللانمطي (SARS) .

و تتمثل عدوى المستشفيات المكتسبة ، بتلك العدوى التي يكتسبها المرضى أو الأشخاص الزائرين أو العاملين فيها، باستثناء مدة رقدتهم فيها أو وجودهم بها أو خروجهم منها.

وأكدت الإحصائيات أنّ معدل حدوث عدوى المستشفيات في الدول المتقدمة يتراوح ما بين 5 إلى 10% من كافة حالات الدخول إلى المستشفيات والمؤسسات الصحيّة، و ترتفع هذه النسبة في الدول النامية إلى نحو 10 إلى 20%.



و تقول الإحصائيات الصادرة عن مركز مكافحة الأمراض و الوقاية الأمريكي (CDL) أنّ واحدا من بين كل عشرين مريضا يصاب بعدوى المستشفيات، نتيجة تلوث معطف الأطباء، و أعضاء هيئة المريض ومقدمي الخدمة الصحية.

لا تزال جهود مكافحة العدوى في المنشآت الصحيّة مشكلة عالمية ، لم تنجح في تخفيف حالتها، و ليس القضاء عليها، و الأنظمة الصحيّة المتطورة في الدول المتقدمة ناهيك عن غيرها و ربما يكمن السبب في أن مكافحة العدوى في المستشفيات ليست مكونة من وسيلة واحدة، بل إنّها منظومة من الوسائل التي يجب أن يجري تطبيق جميع عناصرها للوصول إلى خفض ملموس في معدلات انتشار العدوى الميكروبية بين المرضى، وكذا بين العاملين فيها كمرحلة أولى، ثم بعد ذلك للوصول إلى منع حصول تلك الأنواع من العدوى المرتبطة بوجود المريض أو العامل الصحي في أي منظمة صحيّة.

هذا الأمر الجلل الذي تشير إليه إحصائيات المنظمات الصحيّة المختصة تتبؤنا بمدى خطورة الوضع الصحي لمتهني الصحة، والمرضى المقيمين بالمستشفيات فدفعنا الفضول المعرفي إلى البحث في مدى إهتمام المسؤولين في القطاع الصحي، بصحة النسق المقدم للخدمة أو بالفاعل القائم على خدمة المرضى، كونهم في إتصال دائم مع المرضى، الحاملين لشتى أنواع الأمراض الجسدية والنفسية، فكانت إجاباتهم صادمة حول توفر طب العمل بالإجابة عن الفقرة " يحافظ المستشفى على صحة موظفيه من خلال توفير خدمات طب العمل " أجابوا بغير موافق بشدة وغير موافق عن مضمون الفقرة بنسبة 92% من عينة الدراسة ترى أن المستشفى لا توفر طب العمل لموظفيها.

السلامة المهنية والصّحية للعامل في المؤسسات العمومية أو الخاصة من مسؤوليات الدولة تفرضه على القطاعين الخاص والعام، بمتابعة صّحة وسلامة العامل منذ بداية تشغيله، وذلك بإتخاذ جملة من النشاطات والإجراءات الإدارية الخاصة بوقاية العاملين من المخاطر القائمة؛ والجزائر كغيرها من الدول كانت سبّاقة في هذا المجال، إذ أصدرت القوانين والمراسيم في هذا الشأن، منها، المرسوم التنفيذي رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصّحة وترقيتها المعدل والمتمم؛ المرسوم التنفيذي رقم 88-07 المؤرخ في 26 يناير 1988 يتعلق بالوقاية الصحيّة والأمن وطب العمل، ليؤسس إختصاص في الطب يهتم بالعامل والأجير أو الموظف في مكان عمله ويشمل الناحية

العملية والإنتاجية والصّحية وخصوصا الوقائية؛ توكل إليه المهام كما أشرنا، ونفصلها كالآتي:

- **الناحية الإنتاجية** : فهي تتحقق عندما ينجح طب العمل في عملية تخفيض حالات العجز ويضمن استمرار الحياة النشيطة للعامل الأجير.

- **الناحية العملية**: تشخيص كل العوامل التي قد تضر صحة العمال في أماكن العمل وكذا مراقبتها بهدف التقليل منها أو القضاء عليها، معاينة أو فحص العمال الأجراء قبل تشغيلهم بالمؤسسة للنظر في مقدرتهم على العمل.

- **الناحية الصّحية** :

الترقية والحفاظ على أكبر قدر من راحة العمال البدنية والعقلية في كافة المهن، حماية ووقاية العمال من الأخطار التي يمكن أن يحدث عنها الحوادث والأمراض المهنية، وكل الأضرار اللاحقة بصّحتهم.

ويكفي أن ننظر إلى المهام المنوطة بطب العمل في المؤسسة - الغائب في مؤسسة بحثنا - ؛ أن ندرك مدى أهميته في المؤسسة، والدور الذي يلعبه في تدعيم العلاقة الإنسانية بين الإدارة والعاملين، بتقليل الآثار النفسية الناجمة عن الحوادث والأمراض، إذ أنّ الحوادث لا يقتصر تأثيرها على الجوانب المادية في العمل، وإنّما تمتد آثارها إلى مشاعر العاملين داخل المنظمة وكذلك المرضى المتعاملين معها؛ إضافة الى توفير الحماية للعاملين و الإهتمام بهم من قبل الإدارة يشعرهم بأهميتهم ويبني جسور التعاون بينهم وبين إدارتهم.

فالاهتمام بالسلامة المهنية والصّحية من شأنه أن يعطي السمعة الجيدة للمنظمة تجاه المنافسين، هذه السمعة ينتج عنها استقطاب الأفراد الكفويين والاحتفاظ بأفضل الكفاءات.

☒ **الإتجاه العام لعينة الدراسة " الأجهزة الطبية التي تستخدم في المستشفى جيدة ومناسبة "** الذين أجابوا بغير موافق بشدة وغير موافق عن مضمون العبارة، بنسبة أكثر من 79 % من عينة الدراسة ترى أنّ الأجهزة الطبية غير جيدة.

ولتقديم خدمة صّحية ترقى إلى المستوى المطلوب لا بد من توفر الأجهزة الطبية، فقد ارتبطت فعالية تحقيق النجاح في المجال الطبي بقطاع الأجهزة والمعدات والمستلزمات الذي شهد تطورا مذهلا وسريعا، لعل كان أهمها المشاركة مع الطبيب لا بل القيام عنه بالأعمال

الجراحية، وتعرف المعدات والأجهزة والمستلزمات الطبية كالتالي " كل مادة تستخدم لأغراض طبية وليست بدواء ولا منتج بيولوجي فهي جهاز طبي".

فهي إذن تمتد من أبسط مقاييس درجات الحرارة إلى معدات التصوير التشخيصي المعقدة. وتهدف الأجهزة الطبية في المساعدة على التشخيص والوقاية، الرصد العلاج أو التخفيف من حدة المرض أو التعويض عن إصابة أو إعاقة أو تعديل التركيبة البنيوية أو عملية فيزيولوجية.

فالأجهزة الطبية هي أحد ركائز الخدمة الصحية و غيابها أو قلتها يؤثر على جودة الخدمة الصحية من جهة و على أداء عمل الطاقم المقدم للخدمة الصحية من جهة أخرى، وهذا هو الحال بمستشفى الجلفة.

**ثالثا - البعد المعنوي للحوافز :**

### 1-العلاقات الإجتماعية:

☒ الاتجاه العام لعينة الدراسة " تتميز العلاقة بين الأطباء والمرضى بالتعاون " بالإجابة عن مضمون الفقرة بعبارة موافق وموافق بشدة، بنسبة 55 % من العينة بوجود علاقة تعاون بين الفئتين ( المرضى والأطباء )، و في حين فضلت نسبة 34.3 % من المبحوثين موقف الحياد من هذه العبارة.

إنّ البناء الإجتماعي للمستشفى يمثل نسقا من العلاقات التي تربطها أخلاقيات مهنة الطب و التمريض و غيرها، و كذلك التخصص المهني العلمي الدقيق في شكل تراتيبي محدد ومعتبر ومرتبب بأدوار يلتزم بها كل المتعاملين داخل المرفق الصحي وقد أظهرت الدراسات أنّ أعضاء الجماعات الثلاثة ( الأطباء والمرضى والإداريين) يتفاعلون بصورة أفضل مع جماعاتهم أكثر من تفاعلهم مع المجموعتين الأخيرتين.

فجماعة المرضى كما رأينا في الفصل النظري هي جماعة عمل بمعنى أنّها جماعة اجتماعية يقوم بينهم تفاعل متبادل ولهم معايير واحدة ويتعرضون لضغوط واحدة، ولهم أهداف وحاجات واهتمامات واحدة كل هذا من شأنه أن يربط بعضهم ببعض والأمر سياتي بالنسبة للأطباء، وترتبط الفئتين بالضوابط المهنية، والدور المنوط بكل فئة، ففي العادة يقوم الطبيب برسم خطة علاج المريض، ليقوم الممرض بتنفيذ الخطة وفق إجراءات معينة،

ترسمها الحدود المهنية، ويبرهن شفاء المريض على مدى تناسق الأدوار، بين أعضاء النسق المعالج.

تشير المفاهيم:

- النشاط: هو ما يقوم به أعضاء الجماعة باعتبارهم منتمين إليها.

- التفاعل: العلاقة التي تنشأ بين أعضاء الجماعة.

- العواطف: مجموعة المشاعر الداخلية عقلية أم غير عقلية لتكون لدى كل عضو

في الجماعة.

- المعايير: مجموعة القوانين أو السلوك الذي تتبناه الجماعة والملفت للنظر في

دراستنا هذه أن هذه الجماعة الاجتماعية كونت مجموعات ضاغطة لحماية مصالحها وبسط سلطتها على المستشفى وهذا من خلال تكوين نقابات فاعلة، كنقابة الاتحاد العام للعمال الجزائريين ونقابة الشبه طبيين ونقابة الممارسين الطبيين... من خلالها تمكنوا من الظفر بلجنة الخدمات الاجتماعية، بالتالي أصبحت لهذه الجماعة الكلمة الأولى في المستشفى وأصبح يتعامل مع أعضاء النسق الطبي داخل المستشفى محل الدراسة كجماعات وليس كأفراد لهم نفوذ في التنظيم الصحي، والكلمة و الأولى والفاصلة.

ولذلك نلاحظ أنّ علاقة الأطباء هي علاقة حسنة مع الممرضين حيث يخفف من حدة المشاكل التي تنتج عن الخصائص البنائية، العامل الذي يؤدي إلى ظهور بناء غير رسمي، وانساق اتصال غير رسمية وقد يتم تجنب الصراع الذي قد يطرأ على بعض القضايا التي تهم الجماعات بفضل العلاقات الوثيقة، ويمكن أن نستخلص من هذا أنّ كل صراع ينجم في ظل بعض الظروف التي تمثل بعض المواقف في الجماعات المختلفة يمكن حله عن طريق التفاوض بمعنى أنّ هناك خصائص معينة تميز البناء الاجتماعي للمستشفى، وهذه الخصائص يمكن حل الصراعات عن طريق التفاوض أو المساومة، وعلى سبيل المثال فإنّ الهدف التنظيمي المتمثل في توفير الرعاية الطبية للمرضى لا يمكن أن يشمل كل الحالات الفردية، وهكذا فإنه يفتح الطريق إما تفاوض كل الجماعات فيما يتعلق بالسياسة والحقوق والواجبات وقد أشرنا في الفصل النظري إزدواجية السلطة الإدارية وسلطة الأطباء، فقد تظهر سلطة الأطباء ولكن الأمر ليس دائما كذلك وذلك لان الأطباء كثيرا ما يختلفون في آرائهم

بشان التشخيص والعلاج، أي هناك نوع من عدم اليقين الطبي يظهر أحيانا بطريقة واضحة عند اتخاذ القرار...

ومن خلال ما تقدم فإننا نستنتج مدى أهمية البناء الاجتماعي للمستشفى في عملية أداء المستشفى لوظائفه، وكلما كان هذا البناء في تناسق والتحام، كلما كان الأداء متميز يخدم أهداف الأفراد والمنظمة.

## 2- العامل من الاقتراح إلى الشعور بالاستقرار و الأمان:

☒ الاتجاه العام لعينة الدراسة " تأخذ إدارة المستشفى بكل المقترحات التي يقدمها الفريق الطبي " من الذين أجابوا بغير موافق بشدة وموافق عن مضمون الفقرة ،بنسبة 89 % من عينة الدراسة ترى أن إدارة المستشفى لا تأخذ بمقترحاتهم.

فعينة الدراسة توحى لنا بأن المؤسسة الاستشفائية بالجلفة لا تعتمد على المبدأ التشاركي في التسيير في إتخاذ القرار، بل تعتمد جملة من الإجراءات الإدارية الجامدة والكلاسيكية، يتبع فيها المسير طرق مرسومة من قبل، أي يعمل المسؤول على تقليد السابقين من المسؤولين، ويشارك قراره على المقربين منه فقط، فتتخذ قراراته الى الإبداع والابتكار، وهذه الطرق المتبعة بعيدة على منهج الإدارة الحديثة التي تعتمد أساليب وتقنيات عصرية، تهدف الى التحسين المستمر في الخدمة، هذا الأخير أصبح مطلب ملح في العصر الحالي، و إلا خسارة واضمحلال المؤسسة، فلا مكان للشك والمغامرة، ومبدأ المشاركة هي أن يصبح العامل في أي منظمة فاعلا نشطا وليس مجرد أداة يخضع لعمليات وسيرورات لا يعرف طبيعتها، ويجهل نتائجها، ولا يستفيد من الامتيازات التي تحققها مادية أو معنوية ، وتقتضي المشاركة بهذا المعنى أن تلتقي أهداف العاملين، ولو جزئيا بأهداف المؤسسة التي يعملون بها، إلا أنّ ذلك لا ينفى بالطبع وجود خلاف وتباين بين أهداف الطرفين ربما يصل إلى حد التناقض، لكن المشاركة تعني بالضبط إمكانية العمل على تقليص تلك الاختلافات من خلال تفاوض مستمر ودائم بين الطرفين يأخذ أشكالا وصيغا متعددة منها ما يكتسي طابعا مؤسساتيا ومنها ما يبقى على طبيعته العفوية غير الرسمية ويحدد ويلكر welker مفهوم المشاركة " تبرز مشاركة العمال في التسيير عندما يساهم أولئك الذين يوجدون في أسفل السلم الهرمي للمؤسسة في السلطة ووظائف التسيير " ويعني ذلك أن يصبح العمال طرفا في عملية اتخاذ القرار التي كانت حكرا على المسيرين دون

غيرهم وبذلك يمكن القول بأن المشاركة في التسيير تتضمن أحداث تغيير في بناء القوة داخل المؤسسة فالمنظمات التي تتميز بفاعلية كبيرة تقوم بتشجيع الأفراد على إبداء آرائه واقتراحاتهم من منطلق المشاركة في صنع القرار بناء على روح العمل الجماعي التي تحققة المؤسسة، والتي تسعى إلى جعل الأفراد يتمسكون بعملهم ويبدلون جهدا كبيرا ومضاعف من أجل تطوير مؤسستهم التي وفرت لهم كل الإمكانيات المتاحة.

في حين تبتعد المؤسسات التي لا تعتمد على مثل هذه الأساليب على تحقيق أهدافها ويكون مصيرها الفشل، ولكن مؤسستنا البحثية بعيدة عن غلق الأبواب لأن الدولة مكلفة دائما بدعمها، للمبدأ الثوري مجانية العلاج، وإلا كان مصيرها الفشل.

يتضح من المعطيات السابقة، أو من البيانات الإحصائية السالفة الذكر أن عينة بحثنا بعيدة كل البعد عن التحفيز الإيجابي، وهذا ما أكدته إجابات عينة البحث في إجابتها عن الفقرة: " العمل بالمستشفى يوفر الشعور بالاستقرار والأمان"، الذين أجابوا بغير موافق بشدة، وغير موافق عن مضمون العبارة بنسبة 80% من عينة الدراسة لم تشعر بالاستقرار والأمان داخل المستشفى؛ هذه النتيجة منطقية، بالنظر إلى استجابات، أو لتصريحات عينة الدراسة التي ترتبط في مجملها بمنظومة الحوافز التي تنتهجها المؤسسة والتي تنعكس على مدى رضا العمال عنها، ومدعاة إلى الشعور بالإحباط وتغيير الوظيفة أو التفكير في العمل بمؤسسة أخرى، أو لجوء العامل الى العمل بمؤسسة أخرى الى جانب مؤسسته، لتدعيم نفسه ماديا.

ويكاد يتكرر هذا المشهد في مجمل المؤسسات العمومية، والتي لها تأثير سلبي مباشر على أداء العمال وبالتالي ضعف أداء المؤسسة؛ ومن ثمة عدم رضا المجتمع على أداء هذه المؤسسة؛ فالرضا الوظيفي ركيزة أساسية تعتمد عليها المؤسسة في تحقيق النجاح والتفوق على غيرها من المنظمات، والجدير بالذكر أن عملية الرضا الوظيفي تعتبر بمثابة حلقة متصلة كل منه يؤدي إلى الآخر، حيث أن المؤسسة إذا قامت بتوفير الجو المناسب للعمل سوف تزداد قدرة العامل على الإنتاج وهذا يساعد المؤسسة على تحقيق أهدافها؛ وهذا المعطى يتراوح في مؤسسة بحثنا بين الانعدام والضعف، ولا بأس أن نذكر ببعض منها وهذا حسب استجابات عينة دراستنا:

☒ ضعف منظومة الحوافز المادية: ضعف الأجر والعلاوات... وانعدام النمو في الترقية والتطور.

☒ غياب العدالة بين الفئات العمالية في مختلف القطاعات، فالعامل دائما يميل إلى المقارنة بينه وبين الفئات العاملة في مثل سلمه الإداري مع مختلف القطاعات، وتجد الإشارة أن التقسيم غير العادل بالجزائر تسبب في سخط ونغم فئات واسعة، خاصة الموظفين في القطاع العام وقد امتدت إلى القطاع الخاص، التي كانت نتاج سياسة الدولة الريعية الغنائمية المانحة قد أضرت بالجزائري الذي أصبح منتجا للتذمر والتكاسل.

☒ نقص توفر وسائل العمل والحماية: كانهدام النقل للفرق المداومة، قلة توفر بدلات العمل ووسائل الحماية من العدوى مع غياب طب العمل؛ الأجهزة الطبية المتوفرة غير متطورة مع تسجيل غياب الصيانة الدورية لها ...

☒ غياب أو نقص التحفيز السلبى: لوحظ من استجابات العينة ضعف منظومة الحوافز السلبية، بعدم معاقبة المتهاونين في العمل ( التهاون في تنفيذ المهام المسندة إليهم أو التأخر في الالتحاق بمنصب العمل، وخاصة المداوم منهم ) وخاصة و أن أعمالهم متعلقة بحياة البشر، وهذا الغياب أو التهاون في معاقبة الكسالى والمتهاونين، من شأنه أن يؤدي إلى تفشي ظاهرة التسيب.

☒ العلاقات الإجتماعية: لقد اتضحت لنا أن العلاقات الاجتماعية لدى عينة دراستنا تتميز بالتعاون، بالرغم من ضعف وتدني منظومة الحوافز وقلة الوسائل إلا أنهم يحاولون التنسيق والتعاون لتأدية المهام والتكيف مع وضع المستشفى، هذه العلاقات تربطها أخلاقيات مهنة الطب و التمريض و غيرها، و كذلك التخصص المهني العلمي الدقيق في شكل تراتيبي محدد ومعتبر ومرتبب بأدوار يلتزم بها كل المتعاملين داخل المرفق الصحي هذا من جهة، ومن جهة أخرى فهم يتفقون فيما بينهم ضمنيا أي دون حوار أو اتفاق، المجموعة التي تكون حاضرة في العمل عليها أن تؤدي المهام دون تبليغ عن الغياب أو البحث عن من يساعدهم، المهم بالنسبة لهم ولالإدارة أن تكون المداومة مغطاة ومضمونة بمداومين من النسق المقدم للعلاج ... وهذا المعطى يوحى بإمكانية إنشاء فرق عمل جادة ومنتجة ينقصها التحفيز والتشجيع بشيء من الانضباط.



كما رصدنا في ملاحظتنا في مستشفى الجلفة وجود علاقات اجتماعية قد توسعت لتكوين صداقة خارج المؤسسة، ومنها من امتد إلى تكوين علاقة حب انتهت بالزواج، والملفت للانتباه أنّ هذه العلاقات الزوجية تكون في الغالب بين الفئتين المهنيين المتشابهتين بمعنى أن الأطباء يتزوجون بطبيبات، والممرضين بممرضات، وفي بعض الأحيان تخرق هذه القاعدة.

☒ ضغوط العمل: يتعرض النسق الطبي العامل في المؤسسات الاستشفائية الى ضغوط العمل لكثافة العمل ونقص الوسائل، وخاصة في بعض المصالح كمصلحة الإنعاش ومصحة الولادة، و مصلحة الإستجالات، هاتين المصلحتين الأخيرتين، أصبحتا على لسان كل فرد في المجتمع، فتحمل بذلك وصمة ملازمة لها، بالنقد والتذمر، وفي كثير من الحالات تصل فيهما الاحتجاجات إلى حد ضرب وتعنيف الفريق المداوم.

وعلى أساس ذلك فالمؤسسة وُصمت بالتسيب، والعمل بالمحاباة يقابلها المجتمع بالتذمر والاحتجاج، فبمجرد التأخر عن الدور عند الطبيب تقوم مناقشات بين مرافقي المريض والفريق المداوم، فأصبحت يوميات هاتين المصلحتين لا تخلو من الفوضى والاحتجاج؛ وتشير بعض الدراسات السوسولوجية أنّ الغضب قبلة اجتماعية تقصف بالفرد وبمحيطه الاجتماعي الوصول إلى حالة عدوانية التي تتحول إلى عنف معنوي أو لفظي أو مادي؛ إضافة إلى ما هو متعارف عليه في كون شخصية الفرد الجزائري مشهورة بالغضب والنرفزة... وأمام هذا المعطى الخطير يجد الفريق الطبي العامل بمستشفى الجلفة في رحلة البحث عن تغيير المنظمة، والهروب بجلده، وتجدر الإشارة في هذا الصدد أنّ مستشفى الجلفة فتحت مناصب عمل للأطباء للالتحاق بها، و لم يلتحق أي طبيب بهذه المناصب وفضلوا الالتحاق بالمناصب التي فتحتها الصحة الجوارية بالجلفة.

وفي الأخير يجب أن نشير إلى أنه توجد فئة من الفاعلين في النسق المقدم للخدمة الصحية بمستشفى الجلفة راضية عن العمل فيها لكونها خدمة إنسانية ينال صاحبها الأجر والثواب، وهناك فئة أخرى لا تنبالي بمنظومة الحوافز المهم بالنسبة إليهم الظفر بمنصب عمل، والأجر المتحصل عليه يكفي لسد الرمق، فمطالبهم بسيطة، ومجرد العمل بالمستشفى يعني لهم الكثير، ويكاد يكون هذا الوضع مشابها في جميع المؤسسات، إذ تقوم فئة من



العمال بصنع الفارق بمعنى صنع التوازنات داخل المؤسسات، وتتحمل مستوى أداء المؤسسة لوحدها برمته.

### إستنتاج الفرضية الأولى:

من خلال التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لأهم النتائج المرصودة من إستجابات عينة الدراسة لاسيما ما تعلق بالفرضية الأولى المتعلقة بمنظومة الحوافز، التي تتبناها مستشفى الجلفة، من أجل تحسين الخدمة الصحية للنسق الطبي المعالج لديها، و من خلال هذه الدراسة السوسيو تنظيمية التي تهدف إلى معرفة تأثير المنظومة التحفيزية المساهمة في تحقيق جودة الخدمة الصّحية، حيث كانت النتائج لأهم النقاط التي تطرقنا إليها في هذا المحور كالتالي:

□ عن مدى رضا عينة الدراسة عن الأجر الذي تقدمه المستشفى، فكان تصريح عينة الدراسة بنسبة 76.7% بأنها غير رضية عن الأجر المقدم من مستشفى الجلفة، وفي نفس السياق ترى نسبة 85% من عينة الدراسة أنّ الأجر الممنوح لا يتوافق مع الجهد المبذول.

□ ورأت نسبة 74.7% من عينة الدراسة بأنّ ما أتحصل عليه من مبلغ علاوة المردودية لا يتوافق مع ما أبذله من جهد، وعلى نفس المنحى السابق جاءت إجابات عينة الدراسة عن الفقرة " يتم الحصول على منحة المردودية بغض النظر عن أداء الموظف " بنسبة 83.5% صرحوا أنّه يتم الحصول على هذه المنحة دون النظر إلى مستوى أداء الموظف.

□ فيما أجابت أكثر من 92.7% من عينة الدراسة بأنّ المستشفى لا يوفر فرص عديدة للترقية، بمعنى أن عينة الدراسة لا ترى أنّ المستشفى توفر النمو و الترقى فالممرض يبقى في نفس المنصب إلى أن يخرج للتقاعد برتبة ممرض، فبمقارنته بالتعليم، فالمعلم قد يصبح مديرا أو مفتشا بل وحتى وزيرا.

□ وفيما يخص أسلوب التعزيز السلبي الذي ينتهجه مستشفى الجلفة، فقد صرحت نسبة 62.4% من عينة الدراسة أنّ إدارة المستشفى لا يقوم بمعاقبة المتهاونين من العمال، وبنفس المعطى الإحصائي السابق كانت إستجابات عينة الدراسة بنسبة 63% لا يقوم المستشفى بمعاقبة كل من يتأخر عن المداومة، بمعنى أنّ التعزيز السلبي ضعيف في المستشفى ولا تقوم بتعديل سلوك العاملين المتهاونين والمتأخرين عن الالتحاق بالعمل، وربما

قد يعزى التأخر إلى عدم توفر وسيلة نقل حيث صرحت نسبة من عينة الدراسة 91 % بأنّ المستشفى لا يوفر وسيلة نقل لكل المداومين .

□ وفيما يخص السلامة المهنية وصحة العمال، فقد رأت نسبة 39.2% من عينة الدراسة بأنّ المستشفى لا يوفر وسائل الحماية من الأمراض المعدية، و يضاف لهذه النسبة نسبة 92% من عينة الدراسة ترى أنّ المستشفى لا توفر طب العمل للمحافظة على صحة موظفيه؛ كما عبرت نسبة 90 % من عينة الدراسة بأنّ المستشفى لا يوفر بدلات ترقى إلى رضى الجميع.

□ وعن مدى توفر الأجهزة الطبية بمستشفى الجلفة التي ارتبطت فعالية تحقيق النجاح في المجال الطبي بقطاع الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية، فصرحت نسبة 79% من عينة الدراسة بأنّ " الأجهزة الطبية التي تستخدم في المستشفى غير جيدة وغير مناسبة " .

□ فيما يخص نسق العلاقات الإجتماعية في مستشفى الجلفة، فقد صرحت عينة الدراسة بنسبة 55 % بأنّ العلاقة بين الأطباء والمرضى تتميز بالتعاون " وهو المعطى الإحصائي الوحيد الإيجابي، فهذا التفاعل الجيد من شأنه أن يساهم في بناء فرق عمل متميزة تساهم في تحقيق جودة الخدمات الصحية بمستشفى الجلفة.

□ وعن مدى مشاركة الفريق الطبي في إثراء القرارات التي تتخذها إدارة المستشفى بالجلفة وهذا لكون مبدأ المشاركة ينمي إحساس العمال بالمسؤولية وتفهمهم لأهداف التنظيم، وتجعلهم أكثر استعدادًا لتقبل علاج المشكلات وتنفيذ القرارات التي اشتركوا في صنعها، كما تساعد المشاركة في اتخاذ القرارات على رفع الروح المعنوية لأفراد التنظيم وإشباع حاجة الاحترام وتأكيد الذات، فجاءت إجابة عينة الدراسة بنسبة 89 % منها بأنّ: إدارة المستشفى لا تأخذ بكل المقترحات التي يقدمها الفريق الطبي، وعلى نفس المنحى صرحت عينة الدراسة بنسبة 80% بأنّ العمل بالمستشفى لا يوفر الشعور بالاستقرار والأمان؛ هذه النتيجة منطقية، بالنظر إلى استجابات، أو لتصريحات عينة الدراسة التي ترتبط في مجملها بمنظومة الحوافز التي تنتهجها المؤسسة، والتي تنعكس على مدى رضا العمال عنها، ومدعاة إلى الشعور بالإحباط وتغيير الوظيفة، أو التفكير في العمل بمؤسسة أخرى، أو لجوء العامل الى العمل بمؤسسة أخرى إلى جانب مؤسسته لتدعيم نفسه ماديا.

لقد قام الباحث بقياس كل العناصر التحفيزية لدى النسق الطبي المعالج في مستشفى الجلفة والتي تساهم في تحسين الأداء والدافعة إلى تحقيق جودة الخدمة؛ فكانت النتيجة التي صرح بها أفراد عينة الدراسة بأن المنظومة التحفيزية التي يقدمها مستشفى الجلفة منخفضة لا ترقى إلى مستوى تطلعاتهم. وهذا ما تدل عليه النتيجة الإحصائية المتحصل عليها في الجدول التالي:

الجدول رقم (58) : يوضح النتائج الإحصائية لمحور الحوافز.

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المحور
الحوافز	36.33	8.69	منخفض

المصدر: المعطيات الإحصائية لـ SPSS

## الصياغة الإحصائية للفرضية الأولى:

فيما يتعلق بالقيمة الاحصائية لجودة الخدمة الصحية والتي كانت مقدرة بـ: متوسط حسابي 39.63 وبانحراف معياري 9.88، وبناء على النتيجة الاحصائية المتعلقة بالحوافز والمقدرة بـ: متوسط حسابي 36.33، وانحراف معياري 8.69، فإننا من خلال حساب معامل الارتباط Spearman والذي أسفر على نتيجة 0.506.

يمكن أن نستنتج أنّ هناك علاقة ارتباط قوية طردية موجبة بين الحوافز وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الجلفة بمعنى أنّه كلما انخفض مستوى الحوافز يقابلها انخفاض والعكس صحيح أيّ كلما ارتفع مستوى الحوافز ارتفع مستوى الجودة والنتيجة المتحصل عليها هو انخفاض مستوى الحوافز أصبح يقابله انخفاض في مستوى جودة الخدمة الصحية كما هو مشار إليه في الجدول التالي:

الجدول رقم (59): يوضح النتائج الإحصائية للحوافز وجودة الخدمة الصحية ومعامل الارتباط Spearman.

الارتباط (Spearman)	المتوسط الحسابي لجودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي الحوافز
0.434	39.63	31.53

المصدر: المعطيات الإحصائية ل Spss

ومن خلال ما سبق نستنتج أنّ الفرضية الأولى التي مفادها: ضعف منظومة الحوافز التي يقدمها التنظيم الصحي والتوزيع العشوائي الذي لا يراعي الفوارق في القدرات والمهارات وسلوك الفاعلين في العمل من شأنه أن يعيق تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة، قد تحققت.

ثالثاً: عرض ومناقشة نتائج محور التكوين وارتباطه بنتائج جودة الخدمة الصحية:

أ- التحليل الإحصائي للبيانات الميدانية المتعلقة بمتغير التكوين:

الجدول رقم (60): يوضح التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة بالتكوين.

تقدير العبارة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارة
			%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
غير موافق بشدة	0.68	3.86	7.0	24	80.5	277	5.2	18	5.8	20	1.5	5	1
غير موافق بشدة	0.96	3.07	4.1	14	30.5	105	41.0	141	17.4	60	7.0	24	2
غير موافق بشدة	0.90	2.16	0.6	2	3.5	12	35.5	122	32.3	111	28.2	97	3
غير موافق	0.92	2.72	0.9	3	18.6	64	43.9	151	25.3	87	11.3	39	4
محايد	0.93	2.83	0.6	2	23.0	79	46.2	159	19.2	66	11.0	38	5
غير موافق بشدة	0.74	1.35	0.3	1	3.5	12	3.8	13	15.7	54	76.7	264	6
غير موافق	0.99	1.66	2.9	10	3.5	12	10.2	35	23.5	81	59.9	206	7
غير موافق بشدة	0.64	1.56	0	0	0	0	8.4	29	39.5	136	52.0	179	8
غير	0.86	1.46	1.2	4	2.9	10	9.0	31	14.2	49	72.7	250	9

موافق														
غير موافق بشدة	0.92	1.88	1.2	4	6.1	21	11.6	40	41.9	144	39.2	135	10	
غير موافق بشدة	1.09	2.82	1.5	5	31.7	109	30.2	104	20.6	71	16.0	55	11	
غير موافق بشدة	0.23	1.04	97.1	334	2.0	7	0.9	3	0	0	0	0	12	
غير موافق بشدة	0.91	2.15	0.6	2	3.5	12	35.5	122	31.1	107	29.4	101	13	
محايد	0.80	1.75	0.6	2	0.6	2	17.2	59	36.3	125	45.3	156	14	
غير موافق بشدة	0.90	1.92	1.2	4	6.1	21	11.6	40	45.3	156	35.8	123	15	

المصدر: استمارة الدراسة (فقرات المحور الرابع)

من خلال البيانات الإحصائية المعروضة في الجدول أعلاه، نلاحظ أنّ عينة الدراسة تعتبر التكوين ذو أهمية بالغة لما له من دور أساسي، في تنميط السلوك وشحذ للمهارات وزيادة في معارف وقدرات العمال؛ التي تساهم في تحسين نوعية الخدمات الصحية وبالتالي المساعدة على تقديم خدمة صحية ترقى إلى مستوى تطلعات المجتمع؛ حيث جاءت نتائج بيانات إجابات المستجوبين مقارعة واقع التكوين في المؤسسة الاستشفائية بالجلفة، حيث تفاوتت فيها النتائج بين غير موافق بشدة وغير موافق لفقرات الاستمارة، لذلك تم ترتيب هذه الفقرات كما يلي:

□ صنفت الفقرة الأولى من المقياس: " يلتحق الموظفون لهذه المهنة كونها منصب عمل دائم " في المرتبة الرابعة عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بتكرار 5 مفردات من مجموع العينة البالغ عددهم 344، أي، بنسبة 1.5%

وبمتوسط حسابي بقيمة 3.86، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.68؛ ليصب إتجاه العينة نحو الإجابة عن مضمون الفقرة بموافق بنسبة 80 %؛ وبذلك ترى عينة الدراسة أنّ الالتحاق بالمهنة يعود بالدرجة الأولى لكونها منصب عمل.

□ صنفت الفقرة الثانية من المقياس: " يلتحق الموظفون لهذه المهنة كونها عمل إنساني بالدرجة الأولى " في المرتبة الثالثة عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بتكرار 24 مفردة من عينة الدراسة بنسبة 7%، وبمتوسط حسابي قيمته 3.07، وبانحراف معياري 0.96؛ ليميل إتجاه المبحوثين نحو الإجابة عن مضمون الفقرة بموافق بنسبة 41 ، وتفضل نسبة 17.4 % موقف الإجابة بالحياد.

□ صنفت الفقرة الثالثة من المقياس: " تقدم مؤسسة التكوين التي درست بها تكويننا عالي المستوى " في المرتبة التاسعة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة مئوية تقدر بـ 28.2 %، وبمتوسط حسابي قيمته 2.16، وبانحراف معياري قدره 0.96؛ وفي نفس السياق تجيب نسبة 32.3 %، من المبحوثين بغير موافق على مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة وبنسبة 60.5% بأنّ المؤسسات التكوينية الطبية والشبه طبية التي درست بها عينة الدراسة لا تقدم تكويننا جيدا؛ ويدعم هذا المعطى باتخاذ نسبة 35.5% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الرابعة من المقياس: " للأساتذة المكونين القدرة على نقل المعارف " في المرتبة الحادية عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 11.3%، وبمتوسط حسابي بقيمة 2.72، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.92؛ يضاف إلى هذه النسبة، نسبة 25.3% من المستجوبين أجابوا بغير موافق، الأمر الذي يعني أنّ نسبة 36.3 % من عينة الدراسة ترى بعدم قدرة المكونين على نقل المعارف للمكونين، تجدر الإشارة إلى أنّ نسبة 43.9% مفضلة موقف الحياد، في حين رأت نسبة 21.6 % من المبحوثين الذين أجابوا بموافق، وموافق بشدة.

□ صنفت الفقرة الخامسة من المقياس: " يتميز الأساتذة المكونون بمعاملة طبية مع الطلبة " في المرتبة الثانية عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 11%، وبمتوسط حسابي قيمته 2.83، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.93؛ مضافة إليها نسبة 19.2 % من المبحوثين أجابوا بغير موافق عن مضمون الفقرة،

لتصبح نسبة 30% من عينة الدراسة ترى أنّ الأساتذة المكونين لا يتعاملون مع طلبتهم بمعاملة طبية، في حين نسبة 25% من عينة الدراسة ترى أنّ الأساتذة المكونين يتميزون بالمعاملة الطبية، في حين فضلت نسبة 45% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة السادسة من المقياس " يقوم الأساتذة المكونون أثناء التدريس بإستعمال تكنولوجيا متطورة " في المرتبة الأولى لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 76.7%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.35، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.74. يضاف إليها نسبة 15.7% من عينة الدراسة التي أجابت بغير موافق لتصبح نسبة 92.4% من عينة الدراسة ترى بعدم توفر وسائل التدريس والإيضاح.

□ صنفت الفقرة السابعة من المقياس " يبذل المتكون في حصوله على المعلومات والمعارف الطبية على مجهودات إضافية شخصية " في المرتبة الثالثة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 59.9%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.66، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.99، مضاف إليها نسبة 23.5% من المبحوثين، أجابوا بغير موافق، لتصبح نسبة 83.4% من عينة الدراسة أجابت بأنّها لم تبذل جهود إضافية أثناء تكوينه لتحسين مستواهم المعرفي.

□ صنفت الفقرة الثامنة من المقياس " يساعد التكوين المتحصل عليه على إكتساب مهارات علاجية علمية متطورة " في المرتبة الرابعة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 52%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.56، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.64، يضاف إلى هذه النسبة، نسبة 39.5% من المبحوثين أجابوا بغير موافق، ليصبح ما نسبته 91.5% من عينة الدراسة ترى أنّ التكوين المتحصل عليه لم يكسبهم مهارات التشخيص والعلاج.

□ صنفت الفقرة التاسعة من المقياس " يعاني الطلبة المتربصون في المستشفى من غياب الإشراف والمتابعة " في المرتبة الثانية لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 72.7%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.46، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.86، ونسبة 14.2% أجابت بغير موافق، لتكون النسبة 88.9% من عينة الدراسة قد عبرت على أنّ الطلبة المتربصين في العلوم الطبية والشبه طبية يعانون من غياب الإشراف داخل المستشفيات.



□ صنفت الفقرة العاشرة من المقياس " البرامج التي درستها تواكب التطورات العلمية الحديثة " في المرتبة السادسة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 39.2%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.88، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.92، يضاف لهذه النسبة، نسبة 41.9% من المبحوثين أجابت بغير موافق على مضمون الفقرة، لتعبر عينة الدراسة بنسبة 81.1% على أنّ البرامج التي سطرتها كليات الطب ومعاهد الشبه طبية لا تواكب التطورات العلمية الحديثة.

□ صنفت الفقرة الحادية عشر من المقياس " البرامج التي درستها تتلاءم مع ما هو موجود في الميدان ( المستشفى ) " في المرتبة العاشرة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 16%، وبمتوسط حسابي بقيمة 2.82 ، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.09. يضاف الى هذه النسبة، نسبة 20.6% من المبحوثين أجابوا بغير موافق على مضمون الفقرة، لتصبح في الأخير نسبة 36% من عينة الدراسة ترى أنّ ما تم دراسته لا يتوافق مع ما هو موجود في ميدان العمل، بينما ترى نسبة 36.5% من عينة الدراسة أنّ ما تم دراسته يتوافق مع ما هو موجود في ميدان العمل، في الحين نسبة 30.2% من عينة الدراسة فضلت موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثانية عشر من المقياس " تفتقر مؤسسات التكوين التي درست بها الى المخابر لإجراء التجارب والأعمال التطبيقية " في المرتبة الخامسة عشر لدى أفراد عينة الدراسة ، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 0% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.04، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.09، ليميل اتجاه عينة الدراسة بالإجابة عن مضمون هذه الفقرة بدرجة موافق بشدة بنسبة 97.1%، معبرة بذلك عن عدم وجود مخابر للتجارب والأعمال التطبيقية في الكليات الطبية والمعاهد الشبه طبية.

□ صنفت الفقرة الثالثة عشر من المقياس " يهتم كل الموظفون بخلية التكوين المتواصل **Formation continue** المتواجدة بالمستشفى لما تقدمه من جهود لتحسين المستوى العلمي للنسق الطبي " في المرتبة الثامنة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 29.4%، وبمتوسط حسابي بقيمة 2.15، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.91 إلى كل السائرين على درب طلب العلم؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 31.1% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة

بنسبة 60.5% بأنّ الموظفين في المستشفى لا يهتمون بخلية التكوين المتواصل المتواجدة بالمستشفى.

□ صنفت الفقرة الرابعة عشر من المقياس " توفر خلية التكوين المتواصل Formation continue بالمستشفى الكتب الطبية الحديثة والدوريات الطبية العلمية . " في المرتبة الخامسة لدى أفراد عينة الدراسة ، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 45.3% ، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.75 و بانحراف معياري يقدر بـ 0.80، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 36.6% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 81.9% بأنّ مكتب التكوين بالمستشفى لا يوفر الكتب والدوريات الطبية الحديثة.

□ صنفت الفقرة الخامسة عشر من المقياس " تمنح خلية التكوين المتواصل الفرص لكل الراغبين من الأطباء والشبه طبيين لمزاولة تكويننا إضافيا لتحديث معارفهم وتحسين مهاراتهم " في المرتبة السابعة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 35.8%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.92، و بانحراف معياري يقدر بـ 0.90، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 45.3% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة ، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 81.1% بأنّ مكتب التكوين بالمستشفى لا يمنح الفرصة للراغبين من الأطباء والشبه طبيين بمزاولة تكويننا إضافيا في مجال اختصاصهم.

## II- التحليل السوسولوجي للبيانات الميدانية المتعلقة بمتغير التكوين:

اعتمدنا على نفس الطريقة التي حللنا بها في المحاور السابقة، إذ قسمنا هذا المحور إلى ثلاثة اجزاء أو أقسام:

### 1- المتكون بين تحقيق الرغبة أو الالتحاق بمنصب عمل دائم:

تبدأ مسألة معرفة الرغبة لدى الفرد المتعلم في مرحلة مبكرة، وبالضبط تبدأ المسألة عند انتقاله من مرحلة التعليم المتوسط إلى مرحلة التعليم الثانوي، إذ تُعطى للتلاميذ بطاقة للرغبات ليتسنى لهم اختيار الشعبة التي يرغبون فيها، ونفس الفكرة تتكرر للمتحصلين على شهادة البكالوريا، إذ يتم إعطاء بطاقة الرغبات لهم، ليتسنى للطالب اختيار الفروع العلمية التي يريد أو يرغب في مزاولتها في الجامعة، وتُعطى لهم مجموعة من الاختيارات تزداد وتنقص بحسب المعدل المتحصل عليه؛ وتجدر الإشارة أنّ الراسبين في هذا الامتحان تُعطى لهم أيضا مجموعة من الخيارات بين الإعادة - حسب السن - أو اختيار تكوين.

تبدأ رحلة البحث لدى الطالب عن تخصص أو شعبة لمواصلة المشوار التعليمي أو المهني من خلال تعبئة بطاقة الرغبات، فيقوم الطالب ببناء إختياراته في الغالب ليس لما يتوافق مع قدراته ورغباته، بل يخضع في إختياراته عادة لرغبة الوالدين والأصدقاء والأساتذة...، وفي العادة يتم الإختيار بناء على سوق العمل بمعنى هل بعد التخرج يمكن الحصول على فرص التوظيف؟

وفي عينة دراستنا رأيت نسبة 80% منها إجابة عن الفقرة " يلتحق الموظفون لهذه المهنة كونها منصب عمل دائم " وبذلك ترى عينة الدراسة يعني أنّ السبب الأول للالتحاق بمعهد أو مدرسة التكوين الشبه طبي وجامعة العلوم الطبية هو ضمان لمنصب العمل.

بينما رأيت نسبة بنسبة 41% من عينة الدراسة بأنه يلتحق الموظفون لهذه المهنة كونها عمل إنساني. يلاحظ أنّ النسبة الأعلى من العينة اختارت هذه المهنة كونها منصب عمل دائم بعيدا عن الرغبة، فشح فرص التوظيف تدفع الأفراد إلى اختيار مهن تؤمن لهم فرص العمل.

هذا وتجدر الإشارة أنّ الممارسين لمهنة التمريض والتطبيب يشعرون بحجم المسؤولية المنوطة بهم، بعد ولوجهم لعالم الشغل، إزداد هذا الإحساس مع إرتفاع موجة من وعي المواطنين التي تطالب بزيادة الإهتمام بالمرضى، وفي كثير من الأحيان ما يلجأ المواطنون

بالاحتجاج، وحتى الدخول في موجات من العنف والتعنيف ضد الطواقم الطبية المشرفة عن استشفاء المرضى قد تكون لأتفه الأسباب، كتحميل الطواقم الطبية بأشياء قد تكون خارج نطاق مسؤولياتهم، كتعطل جهاز السكاكير، عدم وجود سيارات الإسعاف، نقص الأدوية... ليجد الممارس لهذه المهنة نفسه أمام هذا الوضع المتردي من قلة توفر وسائل العمل المناسبة وإنعدام التحفيز، والتعرض للسب والشتم والمتابعات القضائية.... بل يذهب الكثير منهم إلى مقارنة أنفسهم بأقرانهم في القطاعات الأخرى، بالامتيازات والحوافز التي يحصلون عليها، وبالمكانة التي يشغلونها داخل النسق المجتمعي ... ؛ هذه المبررات وغيرها جعلت الكثير من ممارسي مهنة التطبيب يغادرون القطاع العام ليلتحقوا بالقطاع الخاص أو الهجرة. بينما معظم الممرضون مجبرون على مواصلة المشوار في القطاع العام، وقد يزاولون مهن أخرى لزيادة الدخل الشهري لهم.

على العموم نجد أنّ الولوج لمهنة التمريض لا تخرج عن نطاق كونها منصب عمل دائم وقار، هروبا من شبح البطالة، وفي بعض الأحيان يكون لتدخل الوالدين يد في إختيار مهنة التمريض لوجد أحد الأقارب يمارس أو مارس هذه المهنة. ويأتي الاستثناء في الالتحاق بمهنة الطب كونها تحظى بقيمة اجتماعية عالية، فكل ابن أو ابنة متفوقة إلا ويتمنى له أو لها المقربون الالتحاق بجامعة العلوم الطبية. إنّ حب المهنة والرغبة في ممارستها مدعاة إلى تحقيق جودة الأداء في العمل و طريق إلى تنمية الإبداع في الإنجاز. وهذا ما جاء في التراث النظري من خلال المعادلة التالية التي توضح ذلك:

$$\text{الإنجاز} = \text{الرغبة} \times \text{القدرة}$$

## 2- التكوين الأساسي وصناعة الأداء الجيد للنسق الطبي:

العمل في مجال الصّحة من المهن التي يشترط للالتحاق بممارستها الخضوع إلى التكوين، فالتكوين في مجال الصّحة يعتبر إجباري، حيث يخضع المتكون إلى سنوات من التكوين ليتسنى له إكتساب مهارة العمل في إحدى المجالات الطب، التمريض أو إدارة المستشفيات، وتختلف عدد سنوات التكوين من تخصص إلى آخر، كما هو مبين في الجدول:

الجدول التالي يوضح عدد سنوات التكوين في العلوم الطبية والتمريضية والإدارية.

التخصص	سنوات التكوين	شروط الالتحاق
طبيب مختص	من 03 - 05 سنوات حسب التخصص من التكوين النظري والتطبيقي.	مسابقة للأطباء العامون ويتم الالتحاق للتخصص حسب المعدل .
طبيب عام	07 سنوات من التكوين النظري والتطبيقي.	شهادة البكالوريا بمعدلات عالية عادة فوق 16 للشعب العلمية.
ممرض للصّحة العمومية	من 03 - 05 سنوات من التكوين النظري والتطبيقي.	شهادة البكالوريا للمعادلات الأكثر من 13 للشعب العلمية.
مساعد في التمريض	سنتين من التكوين النظري والتطبيقي.	مسابقة لمستوى سنة ثالثة ثانوي للشعب العلمية.
متصرف رئيسي للمصالح الصّحية	سنتين من التكوين النظري والتطبيقي.	مسابقة لحاملي شهادة ليسانس للتخصصات القانونية و الاقتصادية والإدارية.

المصدر: إعداد الباحث.

وتجدر الإشارة أنّ التكوين في المجال الصحي هو صناعة أولية لمقدم الخدمة كي يزاول مهنة الطبيب و التمريض، و تتولاه مؤسسات متخصصة؛ مثل الجامعات بالنسبة للأطباء، ومعاهد ومدارس التكوين الشبه الطبي بالنسبة للمرضين ومساعدى التمريض وتعتبر المستشفيات مؤسسات للتعليم والتدريب؛ وبهذا المعنى يُعد الطبيب والممرض في مؤسسات تعليمية وتدريبية قبل الخدمة.

من المفروض أن تسهر هذه المؤسسات التكوينية على إعداد مقدم الخدمة من خلال جملة من التدابير والإجراءات وذلك بتوفير الوسائل البيداغوجية، وبتأطير من مكونين يحملون رصيد معرفي علمي، يمارسون في مهنة الطبيب في المستشفيات الجامعية، بالنسبة للأطباء، أمّا بالنسبة للمرضين، فيقوم بتدريسهم ممرضون خضعوا لتكوين بيداغوجي متخصص، وبهذا يكون القائم على تأطير الطاقم الطبي والشبه طبي المقدم للخدمة الصحية من ذوي الخبرة في المجال الطبي والتمريضي، وهذا لكون العمل الطبي يعتمد على الجانب التطبيقي أكثر من الجانب النظري؛ وحتى البرامج التي تقدم لهم تُعد من طرف أكاديميين مختصين في هذا المجال، ولذلك جاءت عبارات مقياسنا تحاكي هذه المعطيات؛ لنتعرف بعمق عن مدى جدية التكوين المقدم للأطباء والممرضين، والذي حتما ينعكس على مستوى أدائهم في ميدان العمل.

وفي هذا الشأن رأيت عينة بحثنا في إجابتها عن المستوى الذي تقدمه مؤسسات التكوين التي درسوا بها؛ حيث كانت الإجابة عن الفقرة " تقدم مؤسسة التكوين التي درست بها تكويننا عالي المستوى " صرحت نسبة 60.5% بأنّ المؤسسات التكوينية الطبية والشبه طبية لا تقدم تكويننا جيدا؛ وتدعم هذا المعطى بإتخاذ نسبة 35.5% موقف الحياد. مما يعني أنّ السواد الأعظم لعينة دراستنا غير مقتنعة بالمستوى العلمي والمعرفي الذي تقدمه مؤسسات التكوين التي درسوا بها. ولمعرفة مبررات عينة الدراسة حول إجاباتها عن المستوى الذي تقدمه مؤسسات التكوين؛ فقد آثرنا أن نناقش ذلك من خلال المحاور التالية:

☐ برامج ومناهج إعداد مقدم الخدمة الصحية، ومدى ارتباطها بأهداف الخدمة الصحية ومدى مواءمتها للتطورات العلمية الحاصلة في العالم المتقدم.

☐ مستوى المكون الذي يشرف على العملية التعليمية والتدريبية ومدى توفر الوسائل البيداغوجية التعليمية.

☐ نوعية الطلبة والخصائص الشخصية والأكاديمية التي يتمتعون بها.

## 1-2 المُكوّن:

يمثل المكونون عنصرا هاما في نجاعة العمل التكويني، إذ أنّ توفير المكون الكفاء يمثل عاملا من العوامل الرئيسية التي تعطي مؤشرا مسبقا على زيادة احتمال نجاح البرامج التكوينية.

فالمكون ينقل الخبرات والمعارف النظرية والتطبيقية للمتكونين؛ والمكون الفعّال هو الذي يستطيع بسهولة التعرف على الوضعية البيداغوجية التي يتواجد فيها، وهو الذي تكون له القدرة في هذه الحالة على تكييف سلوكه وأساليبه البيداغوجية حسب كل وضعية؛ كما أنّه يتميز بالفعّالية في تحقيق الأهداف المنتظرة من التكوين والإلتقان حسب الحاجات المحددة بكل موضوعية والتي تتماشى والتطورات العلمية.

تُعزى مهمة التكوين في العلوم الطبية والشبه الطبية، إلى مكونين أعدوا خصيصا لذلك وهم من الذين يمارسون هذه المهن، فبالنسبة للأطباء يقوم بمهمة التكوين أساتذة في الطب أو مساعديهم، بالتدريس لطلبة الطب في الجامعة، وكذلك الإشراف عن المتربصين منهم في المستشفيات، كما هو معلوم بأنّ الأستاذ في الطب ( بروفيسور) يُدرس في كلية الطب ويمارس مهنة التطبيب في المستشفيات الجامعية.

أمّا بالنسبة لتكوين الملاك التمريضي فيقوم بتدريسهم، أساتذة في العلوم التمريضية تكونوا بالمعاهد البيداغوجية، حيث يلتحق الممرض المتخصص في الصحة العمومية الذي لديه خبرة أكثر من خمس سنوات بعد نجاحه في المسابقة الكتابية والشفوية، ليزاول تكويننا عاليا في البيداغوجيا لمدة سنتين؛ وبهذا يكون القائم على تأطير الطاقم الطبي والشبه طبي المقدم للخدمة الصّحية من ذوي الخبرة في المجال الطبي والتمريضي، وهذا لكون العمل الطبي وشبه طبي يعتمد في الأساس على الجانبين التطبيقي و النظري.

ترى عينة دراستنا حول قدرة الأساتذة الذين درسوا عندهم في نقل المعارف العلمية لهم بالإجابة عن فقرة المقياس " للأساتذة المكونين القدرة على نقل المعارف" لتشير نسبة 36.3 % من عينة الدراسة بعدم قدرة المكونين على نقل المعارف للمتكونين، في حين فضلت نسبة 43.9% موقف الحياد، بينما رأت نسبة 21.6 % من المبحوثين بأنّ للأستاذ المكون القدرة في نقل المعلومات والمعارف للطالب المتكون في العلوم الطبية والتمريضية.

هذا المعطى الإحصائي يترجم على أنّ الطالب في العلوم الطبية والتمريضية يعاني من صعوبة استيعاب وفهم الدروس التي يتلقونها من طرف أساتذتهم، ربما يعود الأمر بالنسبة أولاً للأطباء:

- اللغة الفرنسية: فكل الأساتذة في العلوم الطبية لا يتكلمون بالعربية، بل كلامهم كله بالفرنسية، والطالب في العلوم الطبية تلقى تعليماً باللغة العربية، وخاصة الطلبة من الولايات الداخلية.

- كثافة البرامج: حيث لا يعطي الأستاذ شروحا لما يقدمه، ويُعتمد على توزيع الدروس المنسوخة، ويعتمد الطالب في العلوم الطبية على الحفظ عن ظهر القلب.

- المسافة الإجتماعية بين الطالب والأستاذ: يلاحظ في كثير من أساتذة العلوم الطبية الكبرياء العلمي، عندما يناقش الطالب أستاذه، يناقشه بإستعلاء وكبرياء، ولا يعطيه فرصة النقاش.

- ثانياً بالنسبة للمرضين فالأمر مختلف تماماً، وخاصة بالنسبة لمساعدى التمريض، فإنّ الأساتذة في العلوم الشبه طبية يقومون بمساعدتهم، وهذا يعود لأنّ مدرسة الشبه الطبي لولاية الجلفة، فتحت ملاحق لها بدوائر الولاية، وكُلف الممرضون القدامى بالإشراف على تكوينهم، وجل المتكونون من أبناء المنطقة، ومن معارف المكونين كأبناء العاملين في الصحة...ولذلك كانت عائقا في تدريسهم لأنّه من نجاح بالمحابة والمعارف يصعب تدريبه وتعليمه، ولكن كان العزاء في أن الوقت كليل بأن يندمجوا في الحياة المهنية. هذا دفعنا إلى مساءلة عينة دراستنا حول معاملة الأساتذة مع الطلبة، فكانت الإجابة عن الفقرة " يتميز الأساتذة المكونون بمعاملة طيبة مع الطلبة " نسبة 30% من عينة الدراسة ترى أنّ الأساتذة المكونين لا يتعاملون مع طلبتهم بمعاملة طيبة، وهذا ما يتداوله الأطباء عند حديثهم عن مرحلة التربص، وكيف يقوم البروفيسور بتعنيفهم لفظيا تصل إلى حد الاستهزاء و في هذا الصدد صادفني في أحد المنشورات لأحد الطبيبات، حيث جاء في منشورها على صفحة فيس بوك "الطبيبات Médecins Femmes " (سلام عليكم طبيبات هل يحق للطبيب المقيم أن يرفع دعوى قضائية ضد البروفيسور بتهمة الشتم وقلة الإحترام ها عييت كل يوم يالجايحة يا فارغة الرأس لحق وين قالي عندك des caca في مخك حاشاكم ويظل يبهدل فيا قدام المرضى نتاوعي وهذا الشي والله نظل نهنبر من قلبي ونقرا كي يجي



معلمناش وقت visite يدير رايبو ب المعاييرات هذا الشي ماشي غير أنا mm des (résidents Hommes هكاك يديرلهم ") هذا نموذج لما يتعرض له الطبيب المتربص (المقيم)؛ في حين ترى نسبة 25 % من عينة الدراسة ترى أنّ الأساتذة المكونين يتميزون بالمعاملة الطيبة، في حين فضلت نسبة 45 % موقف الحياد، وهذا ما نقشناه في الفقرة السابقة.

وفي نفس السياق جاء في إستجابات عينة دراستنا حول وسائل الإيضاح التي يستعملها الأساتذة المكونون، والتي توفرها مؤسسات التكوين، وذلك من خلال الإجابة عن الفقرة " يقوم الأساتذة المكونون أثناء التدريس بإستعمال تكنولوجيا متطورة " حيث صرحت نسبة 92.4% من عينة الدراسة بعدم توفر وسائل الدعم والتوضيح المتطورة، وتجدر الإشارة أنّ جملة ما تقدمه الوسائل التعليمية للمتلقى نذكر:

- تساعد على استثارة اهتمام الطلبة واشباع حاجاتهم للتعلم؛
- تساعد على زيادة خبرة الطالب، مما يجعله اكثر استعدادا للتعلم؛
- تساعد على اشتراك جميع حواس المتعلم؛
- تساعد الوسائل التعليمية على تحاشي الوقوع في اللفظية؛
- يؤدي تنويعها إلى تكوين مفاهيم سليمة، وترتيب واستمرار الأفكار؛
- تساعد في زيادة مشاركة ال وتنويع أساليب التعزيز؛

**2-2 البرامج التكوينية:** تلعب البرامج التكوينية في الجامعات الطبية والمعاهد والمدارس الشبه طبية دورا كبيرا في تزويد الطالب بالمعارف والمعلومات التي تساعد على أداء عمله والتأقلم مع حياته الوظيفية، وبقدر نجاح العملية التعليمية في التكوين بقدر ما ينعكس ذلك على مستوى أدائهم في ميدان العمل؛ وعملية التكوين في العلوم الطبية والتمريضية تعتمد على شقين، الشق النظري والشق التطبيقي:

- تنمية المهارات المعرفية: Savoirs -Pratiques et Savoirs- Théoriques - نقل المعلومات العلمية الدقيقة. - تعديل إتجاهات المتكويين...

وفي سبيل إيضاح مدى رضا عينة دراستنا عن البرامج التي سطرتها وزارتي الصّحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي، فقد كانت إستجابات

عينة البحث حول الفقرة " البرامج التي درستها تواكب التطورات العلمية الحديثة " بنسبة 81.1% على أنّ البرامج التي سطرتها كليات الطب ومعاهد الشبه طبية لا تواكب التطورات العلمية الحديثة والمستجدات العالمية؛ ويعني هذا المعطى بأنّ عينة الدراسة تطمح إلى بلوغ مراتب عليا في طلب العلم، وهي غير راضية تماما عما يحدث في كليات العلوم الصحية؛ فوسائل الاتصال وتكنولوجيا المعلومات جعلت من الفرد على إطلاع تام بما يجري خارج بيئته.

فالتطوير في المحتوى العلمي للمقررات الدراسية الطبية والتمريضية لا يمكن تحقيقه إلاّ عن طريق تطوير البرامج العلمية، والذي سيوفر كوارر علمية وفنية مؤهلة ومتميزة وملائمة لسد احتياجات المؤسسات الصحية في جميع المجالات التخصصية ليصبح مواكبا للتطورات المستمرة في العلوم والتكنولوجيا، و تساهم بقدر كبير في خدمة وتنمية المجتمع والعمل على النهوض بالمستوي الأكاديمي للأقسام العلمية والارتقاء بها وجعل ذلك هدفا أساسيا ورئيسيا من أهداف كلية العلوم الصحيّة ( الطبية والتمريضية)، وعلى نفس المنحى و الاتجاه رأت عينة الدراسة حول مدى مواءمة برامج التعليم في العلوم الصحيّة والواقع الصحي بالإجابة عن فقرة المقياس " البرامج التي درستها تتلاءم مع ما هو موجود في الميدان ( المستشفى ) " بنسبة 36% من عينة الدراسة ترى أن ما تم دراسته لا يتوافق مع ما هو موجود في ميدان العمل، بينما ترى نسبة 36.5% من عينة الدراسة أنّ ما تم دراسته يتوافق مع ما هو موجود في ميدان العمل، في الحين نسبة 30.2% من عينة الدراسة فضلت موقف الحياد، نلاحظ في هذا المعطى إنقسام عينة الدراسة ثلاثة اثلاث، تكاد تكون متساوية، فالثلث الأول 36.5% ترى أنّهم تعرضوا أثناء دراستهم لكل ما هو موجود في الواقع الصحي، وهذه الفئة من العينة ممن اسعفهم الحظ في أن يتمكنوا من الموازنة بين النظري والتطبيقي:

- لديهم القدرة على التواصل مع الزملاء في العمل، وتمكنوا من الإندماج مع فرق العمل وتلعب بعض سمات الشخصية في تمكين البعض من التأقلم مع بيئة العمل والإحتكاك ببعض الزملاء الذين لديهم الخبرة والمعرفة العلمية والتعلم منهم حتي يتمكن من المهنة.
- العمل في بعض المصالح الإستشفائية لا يتطلب مجهودات كبيرة، حيث تكون كثافة العمل ضعيفة فيها، ولا يتطلب جهد فكري كبير، ويتمكن أي فرد من العمل فيها.

- تلقوا مساعدات من الزملاء، فهناك من يجد يد العون من أبناء عمومته، أو من الأصدقاء والجيران الذين وجدهم أو ساعدوه في أن يعمل معهم في نفس المصلحة.

- مجهودات شخصية: فهناك من يمتلك مستوى عال، متمكن من العمل في المجال الصحي ويصنع لنفسه مكانة مرموقة بين زملاء العمل، ويصبح مضرِباً للأمثال ومقصدًا من الزملاء لمساعدتهم.

أمّا فيما يخص نسبة 36% من عينة الدراسة التي صرحت بعدم توافق محتوى التكوين وميدان العمل، فقد يعود إلى عدة أسباب نذكر منها:

- ضعف التكوين وهذا ما أكدته عينة الدراسة في المؤشرات السابقة، بل زادت من التأكيد على ذلك من خلال التصريح التالي " يساعد التكوين المتحصل عليه على إكتساب مهارات علاجية علمية متطورة " نسبه 91.5% من عينة الدراسة ترى أنّ التكوين المتحصل عليه لم يكسبهم مهارات التشخيص، والعلاج بالنسبة للأطباء، ولا مهارات العلاجات التمريضية بالنسبة للممرضين.

- عند ما تتخرج دفعات الطبية والشبه طبية تلتحق بالمؤسسة الصحيّة لتمارس المهنة فتقوم إدارة المستشفى بتوجيههم إلى المصالح الاستشفائية التي تعاني النقص العددي ففي كثير من الأحيان يجد الممرض أو الطبيب نفسه في مصلحة مكتظة بالمرضى ولم يسبق له وأن تربص فيها، فيجد نفسه غريب داخل المصلحة، ولا يعرف من أين يبدأ.

- عندما يدخل الموظف جديداً إلى العمل في المستشفى، في بعض الأحيان لا يستقبل بحفاوة ويحس نفسه غريب مع جماعة العمل، والذين هم بدورهم لا يعطون له أسرار العمل فيجد نفسه وحيداً، يتعرض للتوبيخ وللإستهزاء من طرف رئيس المصلحة أو حتى جماعة العمل ...

والمؤشرات التي جاءت في إستجابات عينة الدراسة تؤكد معطى ضعف التكوين الذي تلقته عينة الدراسة:

☒ غياب الإشراف في ميدان العمل: صرحت عينة الدراسة يعاني الطلبة المتربصون في المستشفى من غياب الإشراف والمتابعة " بنسبة 88.9% على أنّ الطلبة في العلوم الطبية والشبه طبية المتربصون يعانون من غياب الإشراف داخل المستشفيات.

نجاعة التكوين في علوم الصحة تستند على شقين الشق النظري والشق التطبيقي عندما يلج الطالب في العلوم الصحية للكلية أو المعهد، يبدأ بدراسة النظري من مقاييس في علوم الطب والتمريض، لتعطي له نظرة دقيقة حول هذه العلوم، ومن ثم يدخل ميدان العمل ، فالطبيب العام يدرس لمدة سبع سنوات، يقضي منها ثلاث سنوات نظري، وثلاث سنوات: في الصباح تطبيقي في المستشفى، والمساء نظري بالجامعة، بما يسمى نظام المقاييس - *Système modulaire* . مثال يدرس في النظري مقياس أمراض الجهاز الهضمي، يقوم بتربص في مصلحة أمراض الجهاز الهضمي ...وفي السنة الأخيرة أي السنة السابعة، تكون سنة تطبيقية، حيث يشترط عليه إجباريا أن يتربص في مصلحة طب الأطفال ومصلحة أمراض النساء، وعليه أن يختار مصلحة في الطب الداخلي، ومصلحة في الجراحة، ويقضي في كل مصلحة أربعة أشهر، ليمضي له في الأخير رئيس المصلحة عادة يكون برتبة أستاذ في العلوم الطبية مختص في الأمراض التي يشرف عليها في تلك المصلحة ،وفي نهاية التربص، وهكذا يكون قد أتم التربص بأربعة مصالح - طب الأطفال، أمراض النساء، الطب والجراحة- ومن المفروض أن يشرف عليهم بروفيسور أو أستاذة مساعدين في المستشفى، وهذا ما هو غائب في نظر عينة دراستنا؛ أما بالنسبة للطبيب المختص فإن مدة التكوين من اربعة سنوات إلى خمس، حيث يلتحق الطبيب العام بعد مسابقة تسمى مسابقة *Résidanat*، وعند النجاح، يلتحق الناجحون بالاختصاصات حسب المعدلات المتحصل عليها، أي حسب ترتيب المعدلات، لتعطي لأصحاب الرتب الأولى اختيار الاختصاصات التي يرغبون فيها وأثناء الدراسة والتربص يشرف عليهم الطلبة الأقدم منهم، الأطباء المقيمون سنة ثالثة ورابعة وخامسة (*Résidants*)، والأساتذة المساعدين (*Maitre-Assistant*) ولديهم محاضرتين في الأسبوع مع أستاذ *Professeur* الاختصاص، أما بالنسبة للامتحانات، ففي السنة أولى من الاختصاص تجرى امتحان وطني لكل طلبة الاختصاص عادة في شهر جوان، إذ تقوم لجنة علمية مشكلة من أساتذة في الاختصاص بتقييم الطلبة على الصعيدين النظري والتطبيقي، ويشترط في النجاح للصعود للسنة الموالية معدل أكبر أو يساوي 20/07 ( نقطة إقصائية )، وبين 10- 07 سيحال إلى الإستدراك أما السنوات الاخيرة عادة ما ينتقل بسلاسة الطالب المختص، إلا في حالة حدوث خلاف بينه وبين البروفيسور المشرف على التخصص.

أما بالنسبة للممرض فيتراوح التكوين فيها بين سنتين وخمس سنوات، فمساعد التمريض يتكون لمدة سنتين، وممرض للصحة العمومية ثلاثة سنوات، حيث منذ السنة الأولى يخرج الممرض وعون التمريض تربص، بنفس القاعدة التي رأيناها مع الطبيب العام، حيث ينقسم اليوم إلى نصفين، نصف اليوم تربص، ونصفه نظري حيث يقوم أستاذ مكون يكلفه المعهد بالإشراف على المتربصين:

- متابعة سجل حضور المتربصين في الميدان التطبيقي.

- مراقبة اللباس الرسمي.

- مراقبة سلوك المتربص .

- المراقبة والإشراف على طرق واساليب تأدية الخدمة الصحية من خلال: - Rôle Propre de l'infirmier

- تنفيذ تعليمات الطبيب.

- العمل بالطرق العلمية لضمان سلامة نفسه والمريض.

- المعاملة الانسانية مع المريض.

☒ **عدم بذل المجهودات الشخصية** حيث أصبح المتكون يتكل على ما يقدم له من معلومات وهمه الوحيد هو إنقضاء سنوات التكوين والإلتحاق بمنصب العمل ولا يهمه مستواه العلمي أو الرسالة الإنسانية التي يحملها، وهذا ما أكدته عينة الدراسة التي صرحت حول هذه الفكرة " يبذل المتكون في حصوله على المعلومات والمعارف الطبية على مجهودات إضافية شخصية " بنسبة 83.4 % من عينة بأنها لم تبذل جهود إضافية أثناء تكوينه لتحسين مستواهم المعرفي.

☒ **غياب مخابر التدريب في المؤسسات التكوينية:** في معاهد تكوين العلوم الصحية توفر مخابر التدريب Salle de démonstration لتدريب طلابها على الكثير من التدخلات العلاجية والتشخيصية داخل الجامعة وخاصة في ظل إرتفاع عدد الأخطاء الطبية في المستشفيات، إذ تحاول الكثير من الجامعات في العلوم الطبية فمثال ذلك جامعة شمال امريكا، جامعة اوتاوا Ottawa تحتوي على مركز للتدريب الإصطناعي Centre de compétence et de simulation حيث يقوم الطالب تحت إشراف أساتذة في علوم الصحة، هذه المراكز أو المخابر توفر على دمي بلاستيكية (Mannequin) شبيهة

بالإنسان مزودة بأنظمة إلكترونية مرتبطة بنظام الكمبيوتر، يمكن التحكم بوظائفها الحيوية، كالتنفس، نبضات القلب، ضغط الدم... نزيف، كسور... بفضل هذه المحاكاة ( simulation ) وتحت إشراف الخبراء التعلم الجيد لمحاولة التقليل من الأخطاء والمساهمة في إنقاذ الكثير من الأرواح، بينما أجابت عينة دراستنا على الفقرة التي تخدم هذا المعنى " تفتقر مؤسسات التكوين التي درست بها الى المخابر لإجراء التجارب والأعمال التطبيقية " بنسبة 97.1%، معبرة بذلك عن عدم وجود مخابر للتجارب والأعمال التطبيقية في الكليات الطبية والمعاهد الشبه طبية، بمعنى يقوم الطالب في علوم الصحة بالجزائر بالتعلم مباشرة في المستشفيات.

### التكوين الثانوي ( المتواصل ) وصناعة الأداء للنسق الطبي:

لم تهتم إدارة المستشفيات الجزائرية بالتكوين المتواصل إلا بعد سنوات الثمانينيات حيث قامت سنة 1986 وزارة الصحة والسكان بدراسة حول الموضوع أسفرت نتائجها بضرورة إخضاع مواردها البشرية للتكوين المتواصل؛ وقد دُعم هذا الطرح في الملتقيات الوطنية والندوات الجهوية، حيث تعالت أصوات الفاعلين في القطاع بضرورة إدراج التكوين المتواصل في المؤسسات الصحية، وهذا لتدارك النقص المهاري لموردها البشرية وكذا مواكبة التطورات العلمية في العالم. فكللت تلك الجهود والنداءات سنة 1993 بميلاد اللجنة الوطنية للتكوين المتواصل لعمال الصحة ( C.N.F.C ) ( التعليم الوزاري رقم 14 المؤرخة في 14 جوان 1993). تزايدت الدعوات والنداءات باقتراح استراتيجية للتكوين، لما تمليه ضرورة العمل في المجال الصحي - كما اشرنا سابقا - ففي سنة 1995 تم إنشاء خلايا للتكوين المتواصل في المؤسسات الصحية ( المستشفيات، مديريات الصحة والسكان الولائية )؛ تلبية احتياجات المؤسسة المتواصلة من التدريب والتكوين، ويشرف على تسييرها: مدير المؤسسة رئيسا، وطبيب ممثلا عن الأطباء، وممرض ممثلا عن الشبه الطبيين، وإداري ممثلا عن الإداريين وترصد لها ميزانية خاصة، وبالتالي نرى أن فكرة التكوين المتواصل في المستشفيات تنطلق من:

Ω - تنمية المهارات المعرفية النظرية والتطبيقية ( Savoirs (Théorique et Pratique) faire.

Ω - مواكبة التطورات الحاصلة في العالم في مجال العلوم الصحية وتكنولوجيا العتاد الطبي.

⚡ - خلق التوازن النسبي بين طموحات العاملين وأهداف التنظيم.

⚡ - تنمية روح العمل بالفرق Travail d'équipe.

⚡ - جاءت لتسد النقص المعرفي الذي تركه التكوين الأساسي.

من خلال ما سبق يلاحظ المجهودات التي بذلت من أجل ترسيخ العمل بالتكوين المتواصل داخل المستشفيات، وهذا لما رآه الفاعلون في القطاع الصحي من أهمية للتكوين المستمر للموارد البشرية في الصحة، إلا أنّ عينة دراستنا ترى من خلال إجابتها عن الفقرة " يهتم كل الموظفون بخلية التكوين المتواصل **Formation continue** المتواجدة بالمستشفى لما تقدمه من جهود لتحسين المستوى العلمي للنسق الطبي " بنسبة 60.5% بأنّ الموظفين في المستشفى لا يهتمون بخلية التكوين المتواصل المتواجدة بالمستشفى، هذه النتيجة لم تقنع السيدة مدير التكوين بوزارة الصحة والسكان - فأجابت - " لا أظن ذلك صحيحا؛ فنحن نعتقد أنّ مسؤولية ذلك تقع على عاتق المسيرين وخاصة رؤساء مكاتب التكوين بالمستشفيات ومدراء التكوين بالمستشفيات الجامعية؛ فالتكوين كما هو معلوم يعتبر من المحفزات، إذ هو أول محفز بعد المحفزات المادية، فهو يعتبر نوع من الإهتمام بجميع الموظفين؛ حتي عون النظافة لو طلبت منه إجراء تكوين لأعتبره من باب الإهتمام به، وهذا ما أشارت إليه دراسات إلتون مايو، فالمديرة تعتقد أنّ المسؤولية تقع على عاتق المسؤولين عن مكتب التكوين، وعلى عاتق مدير المستشفى، وهذا ما لمسناه في الواقع، فقد لاحظنا أن مدير المؤسسة له الكثير من المشاغل، تجعله بعيدا تماما على التفكير في تكوين موارده البشرية، أمّا بالنسبة لرئيس مكتب التكوين فقد ربط إهتمامه بالبرنامج والبرامج التي ترسلها مديرية التكوين بالوزارة، فالمبادرة بالنسبة إليه بعيدة المنال، كما يشتكى من ضعف الميزانية. كما يمكنه أن يشجع الأطباء بإجراء يوم دراسي، بحسب رغبات الفئة المراد تدريبها.

ويقوم مكتب التكوين بمنح تكوينا للأطباء خارج الوطن، ويهدف تكوين الممارسين

الطبيين في الخارج إلى:

☒ تطوير الطب من أجل تحسين وتجويد الخدمة الصحيّة ومواكبة التطور السريع بمستويات المعرفة والتقنيات التي تم تحقيقها في العالم، وخاصة البلدان الأكثر تقدما.

☒ خفض تحويلات المرضى من أجل الرعاية في الخارج، والتي تنهك كاهل ميزانية الدولة.



☐ من نتائج جهود التدريب في الخارج الإيجابية التأثير الإيجابي على إدارة بعض الأمراض - المستعصية والنادرة ...

مقابل هذا الطرح ترى عينة دراستنا في إجابتها عن الفقرة " تمنح خلية التكوين المتواصل الفرص لكل الراغبين من الأطباء والشبه طبيين لمزاولة تكويننا إضافيا لتحديث معارفهم وتحسين مهاراتهم " بنسبة 81.1% بأنّ مكتب التكوين بالمستشفى لا يمنح الفرصة للراغبين من الأطباء والشبه طبيين بمزاولة تكويننا إضافيا في مجال اختصاصهم. إذن كل الجهود المبذولة في هذا المجال تبخرت لدى عينة بحثنا فعندما تقارن ما يحدث في مستشفى الجلفة ببعض مستشفيات الوطن خاصة الشمالية منه تجد فرق شاسع، فمثال ذلك ما فعلته الدكتورة دنيازاد بادسي طبيبة مختصة في الأعصاب رئيسة مصلحة الأعصاب والجلطات الدماغية بمستشفى أول نوفمبر بالمستشفى الجامعية بوهران ( EHU )، التي استطاعت بواسطة التكوين المتواصل أن تفتح هذه المصلحة متحديا العقبات والصعوبات، وساهمت في إنقاذ الكثير من الأرواح، حيث تكونت بفرنسا، ثم كونت فريق عملها بالمستشفى الجامعي بالبلدية، بمصلحة الأعصاب والجلطات الدماغية التي يشرف عليها البروفيسور محمد أرزقي، وهي اول مصلحة في الجزائر تقوم بمعالجة الجلطات الدماغية AVC. فقد تكبدت هذه الطبيبة عناء السفر من وهران الى فرنسا، ومن ثم من وهران إلى البلدية رفقة طاقمها الطبي ( الأطباء والمرضى ) من أجل التكفل بالمرضى الذين يتعرضون للجلطات الدماغية، والتي كانت تشكل عبء كبير على الدولة وعلى عائلة المريض، وبذلك تكون هذه الطبيبة رفقة طاقمها الطبي والشبه طبي قد ساهمت في التكفل الأمثل بمرضى الجلطات الدماغية لمدينة وهران وضواحيها، والجدير بالذكر بأنّ بعض الأطباء الاختصاصيين بمستشفى الجلفة قد إستفادوا بتربصات بالخارج، ولكن دون فائدة ترجى.

وفي نفس السياق أردنا معرفة مدى توافر الكتب والدوريات الطبية على مستوى مكتب التكوين بمستشفى الجلفة لما لها من فائدة في نشر الثقافة الطبية وتشجيع الطاقم الطبي بمراجعة بعض الكتب عند احتياجهم لها، وكذلك لتكون مكان للقائهم لمناقشة بعض الحالات المرضية وتكون الكتب والدوريات الطبية للعودة إليها لتبرير حججهم، فكانت إجابة أفراد عينة الدراسة حول هذا المعطى " توفر خلية التكوين المتواصل **Formation continue** بالمستشفى الكتب الطبية الحديثة والدوريات الطبية العلمية . " بنسبة 81.9% بأنّ مكتب



التكوين بالمستشفى لا يوفر الكتب والدوريات الطبية الحديثة، كما هو معلوم فالكتب تساعد..... بينما الدوريات الطبية فهي تطلع الأطباء على المستجدات الطبية الحاصلة في العالم المتقدم في هذا المجال كظهور علاجات جديدة لبعض الأمراض المستعصية التعرف على بعض وسائل التشخيص الجديدة، ظهور بعض الأعراض الجانبية لبعض الأدوية ... وفي هذا الصدد يرى Robert Bourre في كتابه المعنون:

" Sociologie des Revues des Sciences Sociales et Humaines بالصفحات من 11-28، الصادر بتاريخ 1997، للدوريات ثلاثة أبعاد:

- البعد العلمي Dimension Scientifique حيث يتعلق الأمر بتطور نظام ومفاهيم خاصة بها على جانب المناقشات بين الباحثين.

- البعد التنظيمي Dimension Institutionnelle أي عن طريق الدوريات العلمية يمكننا متابعة تأسيس وكذا تطور منظمات البحث.

- البعد الإنساني Dimension Humaine، يذكر أن الدوريات مرآة تبين سير منظمات البحث، وكذا عمل الباحثين في ميدان العلوم من خلال هذه الدوريات يحاول الشباب والباحثين المحترفين تثبيت شهرتهم « Notoriété » وهذا ما يشكل وجود الدوريات في جميع المكتبات، والجدير بالذكر في هذا المقام تصدر من كليات الطب وبعض مراكز البحث مجالات طبية على قدر عال من الجودة، وتنتشر أهم المستجدات الطبية في العالم المتطور، والمؤسف أن مستشفى الجلفة لا يتحصل ولا يشارك في هذه الدوريات، ونذكر منها :

ع/ جامعة تيزي وزو - كلية الطب - Revue des Sciences Médicale

ع/ جامعة وهران - كلية الطب - Revue des Sciences Médicales

ع/ الوكالة الموضوعاتية للبحث Journal Algérien des sciences de la Santé

في علوم الصحة - وهران

ع/ جامعة قسنطينة- كلية الطب - Journal Algérien Des Médecins

## إستنتاج الفرضية الثانية:

من خلال التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لأهم النتائج المرصودة من استجابات عينة الدراسة لاسيما ما تعلق بالفرضية الثانية، التي ارتبطت بالتكوين بنوعيه الأساسي والثانوي، الذي قدمته مؤسسات التكوين المختصة وكذا مستشفى الجلفة من أجل معرفة مستوى تأثيرها وانعكاساتها على مستوى الخدمة الصحيّة التي يقدمها النسق الطبي المعالج بمستشفى الجلفة، ومحاولة الفهم في معرفة مكانم الخلل التي تعيق النسق الطبي المعالج بمستشفى الجلفة في تحقيق جودة الخدمة الصحيّة، حيث كانت النتائج لأهم النقاط التي تطرقنا إليها في هذا المحور كالتالي:

☒ 80% من عينة الدراسة ترى بأنّ الالتحاق بهذه المهنة يعود بالدرجة الأولى لكونها منصب عمل. بينما ترى نسبة 41% من عينة الدراسة بأنّه يلتحق الموظفون لهذه المهنة كونها عمل إنساني.

☒ 60.50% من عينة الدراسة ترى بأنّ المؤسسات التكوينية الطبية والشبه طبية التي درست بها عينة الدراسة لا تقدم تكوينًا جيدًا.

☒ 36.30% من عينة الدراسة ترى بعدم قدرة المكونين على نقل المعارف للمكونين؛ وفي المقابل رأّت منها 60.21% بأنّ للمكون القدرة على نقل المعارف.

☒ 30% من عينة الدراسة ترى بعدم تميز الأساتذة المكونون بمعاملة طيبة مع الطلبة؛ في حين ترى نسبة 25% من عينة الدراسة أنّ الأساتذة المكونين يتميزون بالمعاملة الطيبة.

☒ 92.4% من عينة الدراسة صرحت بعدم توفر وسائل الدعم والتوضيح المتطورة.

☒ 83.4% من عينة الدراسة أجابت بأنّها لم تبذل جهود إضافية أثناء تكوينه لتحسين مستواهم المعرفي.

☒ 91.5% من عينة الدراسة ترى أنّ التكوين المتحصل عليه لم يكسبهم مهارات التشخيص والعلاج بالنسبة للأطباء ، ومهارة العلاجات التمريضية بالنسبة للمرضين ؛

وفي نفس السياق صرحت نسبة 88.9% من عينة الدراسة على أنّ الطلبة المتربصون في العلوم الطبية والشبه طبية يعانون من غياب الإشراف داخل المستشفيات؛ و صرحت نسبة 81.1% على أنّ البرامج التي سطرتها كليات الطب ومعاهد الشبه طبية لا تواكب التطورات

العلمية الحديثة، بالإضافة إلى نسبة 36 % من عينة الدراسة بيّنت بأنّ ما تم دراسته في مؤسسة التكوين لا يتوافق مع ما هو موجود في ميدان العمل كما أنّها صرحت بافتقار هذه المؤسسات لمخابر التدريب والتجريب، وهذا بنسبة 97.1% من عينة الدراسة.

☒ 60.5% من عينة البحث صرحت بأنّ الموظفين في المستشفى لا يهتمون بخلية التكوين المتواصل المتواجدة بالمستشفى.

☒ 81.9% من عينة البحث صرحت بأنّ مكتب التكوين بالمستشفى لا يوفر الكتب والدوريات الطبية الحديثة.

☒ 1.81% من عينة البحث صرحت بأنّ مكتب التكوين بالمستشفى لا يمنح الفرصة للراغبين من الأطباء والشبه طبيين بمزاولة تكويننا إضافيا في مجال اختصاصهم.

لقد قام الباحث بقياس بعض المؤشرات التي ترتبط بالتكوين على نوعيه الأساسي والثانوي لدى النسق الطبي المعالج في مستشفى الجلفة؛ هذه الأنماط أو العناصر تتدافع فيما بينها وتؤدي إلى إنتاج توليفات وتركيبات تساهم في تحسين الأداء و تنعكس على مستوى الخدمة التي من شأنها أن تحقق جودة الخدمة الصّحية.

فكانت النتيجة التي صرح بها أفراد عينة الدراسة بأنّ مستوى التكوين الذي تلقاه النسق الطبي المعالج بمستشفى الجلفة منخفض و لا يرقى إلى إحداث التغيير أو يساهم في تحسين وتطوير الخدمة الصحية، وهذا ما تدل عليه النتيجة الإحصائية المتحصل عليها في الجدول التالي:

الجدول رقم (61): يوضح النتائج الإحصائية لمحور التكوين.

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المحور
التكوين	31.53	4.22	منخفض

المصدر: المعطيات الإحصائية ل SPSS

## الصياغة الإحصائية للفرضية الثانية:

فيما يتعلق بالقيمة الاحصائية لجودة الخدمة الصحية والتي كانت مقدرة ب : متوسط حسابي 39.63، وانحراف معياري 9.88، وبناء على النتيجة الاحصائية المتعلقة بالتكوين والمقدرة ب : متوسط حسابي 31.53، وانحراف معياري 4.22، فإننا من خلال حساب معامل الارتباط Spearman والذي أسفر على نتيجة 0.434 يمكن أن نستنتج أن هناك علاقة ارتباط قوية طردية موجبة بين التكوين وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الجلفة بمعنى أنه كلما انخفض مستوى التكوين يقابلها انخفاض في مستوى الجودة.

الجدول رقم (62): يوضح النتائج الإحصائية للتكوين وجودة الخدمة الصحية ومعامل الارتباط Spearman.

الارتباط (Spearman)	المتوسط الحسابي لجودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي للتكوين
0.434	39.63	31.53

المصدر: المعطيات الإحصائية ل SPSS

ومن خلال ما سبق نستنتج أن الفرضية الثانية التي مفادها: ضعف منظومة تكوين النسق الطبي ( طبيب - ممرض ) والذي يفترض أن تقوم على ترميط السلوك وترشيد الفعل الاجتماعي وتنمية مهارات وقدرات الفاعلين في التنظيم الصحي من شأنه أن يعرقل تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة، قد تحققت.

رابعاً: عرض ومناقشة نتائج محور الرقابة التنظيمية وارتباطه بنتائج جودة الخدمة الصحية.

1 - التحليل الإحصائي للبيانات الميدانية المتعلقة بمتغير الرقابة التنظيمية:

الجدول رقم (63) يوضح التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة بالرقابة التنظيمية:

تقدير العبارة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارة
			%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
غير موافق بشدة	0.86	1.52	1.2	4	4.1	14	5.5	19	24.1	83	65.1	224	1
غير موافق	0.75	4.07	27.0	93	57.0	196	13.1	45	2.0	7	0.9	3	2
محايد	0.76	4.08	27.6	95	57.3	197	11.9	41	2.0	7	1.2	4	3
غير موافق	0.78	4.03	25.0	86	57.8	199	13.7	47	1.7	6	1.7	6	4
غير موافق	0.99	1.78	1.5	5	5.2	18	16.0	55	24.1	83	53.2	183	5
غير موافق	1.15	2.51	1.7	6	20.9	72	30.8	106	19.5	67	27.0	93	6
غير موافق	0.86	1.71	0.6	2	2.6	9	15.7	54	29.7	102	51.5	177	7
غير موافق	1.03	1.87	0.9	3	8.7	30	15.7	54	25.6	88	49.1	169	8
غير موافق بشدة	1.02	3.04	2.3	8	35.8	123	37.5	129	12.8	44	11.6	40	9

غير موافق بشدة	1.19	2.35	1.7	6	20.6	71	21.2	73	23.3	80	33.1	114	10
غير موافق بشدة	1.12	1.92	1.2	4	12.5	43	14.2	49	21.5	74	50.6	174	11
غير موافق بشدة	1.00	1.81	1.5	5	6.1	21	14.8	51	27.6	95	50.0	172	12
غير موافق بشدة	1.18	1.95	2.6	9	13.1	45	12.8	44	20.1	69	51.5	177	13
محايد	1.18	2.14	1.2	4	17.4	60	18.3	63	20.1	69	43.0	148	14
غير موافق بشدة	0.89	1.62	1.2	4	4.1	14	8.7	30	27.9	96	58.1	200	15
غير موافق بشدة	0.96	1.68	1.7	6	4.7	16	10.8	37	25.3	87	57.6	198	16
غير موافق بشدة	0.85	1.52	1.5	5	3.8	13	3.2	11	28.5	98	63.1	217	17

المصدر: استمارة الدراسة ( فقرات المحور الخامس )

من خلال البيانات الإحصائية المعروضة في الجدول أعلاه، نلاحظ أنّ عينة الدراسة تعتبر الرقابة التنظيمية ذات أهمية بالغة لكونها آلية أو وسيلة تستخدم لضمان تنفيذ خطة سير العمل حسب مقتضيات البرنامج الموضوع والعمل على تصحيح ومنع الأخطاء وتدارك مكامن الضعف؛ التي من شأنها أن تعمل على تحسين نوعية الخدمات الصحية وبالتالي المساعدة على تقديم خدمة صحية ترقى إلى مستوى تطلعات المجتمع؛ حيث جاءت نتائج بيانات إجابات المستجوبين تقارع واقع الرقابة في المؤسسة الاستشفائية بالجلفة، تفاوتت فيها النتائج بين غير موافق بشدة وغير موافق لفقرات الاستمارة، وقد تم ترتيب هذه الفقرات كما يلي:

□ صنفت الفقرة الأولى من المقياس " توجد بالمستشفى رقابة بشكل دائم على المصالح الاستشفائية " في المرتبة الأولى لدى أفراد عينة الدراسة ، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 65.1%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.52، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.86، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 24.1% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة ، وبذلك تشير عينة الدراسة بنسبة 89.2% لغياب الرقابة في المستشفى.

□ صنفت الفقرة الثانية من المقياس " للرقابة دور فعال للحد من التسبب " في المرتبة السابعة عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 0.9%، وبمتوسط حسابي بقيمة 4.07، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.75؛ وفي المقابل أجابت نسبة 57% من المبحوثين بدرجة موافق على مضمون الفقرة ، كما أجابت نسبة 27% بدرجة موافق بشدة، لتقر عينة الدراسة بنسبة 84% بالدور الفعال للرقابة داخل المؤسسة وللحد من التسبب واللامبالاة .

□ صنفت الفقرة الثالثة من المقياس " للرقابة دور فعال في تحسن الأداء " في المرتبة السادسة عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 1.2%، وبمتوسط حسابي بقيمة 4.08، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.76؛ وفي المقابل أجابت نسبة 57.3% من المبحوثين بدرجة موافق على مضمون الفقرة ، كما أجابت نسبة 27.6% بدرجة موافق بشدة، لتقر عينة الدراسة بنسبة 84.9% بالدور الفعال للرقابة في تحسين اداء الموارد البشرية في التنظيم الصحي.

□ صنفت الفقرة الرابعة من المقياس " للرقابة دور مركزي في الحد من الوقوع في الأخطاء " في المرتبة الخامسة عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 1.7% ، وبمتوسط حسابي بقيمة 4.03، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.78؛ وفي المقابل أجابت نسبة 57.8% من المبحوثين بدرجة موافق على مضمون الفقرة كما أجابت نسبة 25% بدرجة موافق بشدة، لتقر عينة الدراسة بنسبة 82.8% بالدور الفعال للرقابة في الحد من الوقوع في الأخطاء وتصحيحها إن وجدت، فالأمر يتعلق بحياة البشر .

□ صنفت الفقرة الخامسة من المقياس " يعمل الجهاز الرقابي للمشرفين على المرضى للكشف عن صحة التشخيص الذي وضعه الطبيب القائم على حالة المريض " في المرتبة الخامسة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة

53.2%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.78، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.99، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 24.1% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 73.3% بأنه لا توجد رقابة على التشخيص الذي يضعه الطبيب القائم على حالة المريض.

□ صنفت الفقرة السادسة من المقياس " تعمل الرقابة التنظيمية بالمستشفى على الوقوف على الدور الذي يمارسه الممرض ، كقياس الثوابت ، الوقاية من التقرحات... " في المرتبة الثالثة عشر لدى أفراد عينة الدراسة ، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 27%، وبمتوسط حسابي بقيمة 2.51، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.15، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 19.5% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 46.5% بأنه لا توجد رقابة على الممرض في قياسه للثوابت الحيوية ( الحرارة، ضغط الدم التنفس... )؛ بينما عبرت نسبة 22.6% من المبحوثين على أنه توجد رقابة على الممرض في قياسه للثوابت الحيوية؛ في حين فضلت نسبة 30.8% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة السابعة من المقياس " يعمل الجهاز الرقابي للمشرفين على المرضى للكشف عن صحة خطة العلاج التي وضعها الطبيب القائم على حالة المريض. " في المرتبة السادسة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة بنسبة 51.5%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.71، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.86. ويضاف لهذه النسبة، نسبة 29.7% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 81.2% بأنه لا توجد رقابة على الخطة العلاجية التي وضعها الطبيب المعالج .

□ صنفت الفقرة الثامنة من المقياس " يحرص القائمون على المصلحة في تشديد الرقابة على نظام تقييم الأداء . " في المرتبة العاشرة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 49.1%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.87، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.03، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 25.6% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 74.7% بأنه لا توجد رقابة على نظام الأداء في المصالح الاستشفائية بمستشفى الجلفة.



□ صنفت الفقرة التاسعة من المقياس " يعمل النظام الرقابي في المستشفى على القضاء على الغيابات وحالات التأخر على المداومة." في المرتبة الرابعة عشر لدى أفراد عينة الدراسة ، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 11.6%، وبمتوسط حسابي بقيمة 3.04، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.02، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 12.8% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 24.4% بأنه لا توجد رقابة على الغيابات وعلى حالات التأخر؛ وفي المقابل رأت نسبة 35.8% من المستجوبين أنه توجد رقابة في المستشفى لتسجيل أي غياب أو تأخر من الفريق المداوم، وهذا لضمان المداومة 24/24 ساعة؛ في حين فضلت نسبة 37.5% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة العاشرة من المقياس " يعمل النظام الرقابي في المستشفى على إلزامية حسن الهدام والمظهر لمقدم الخدمة الصحية ." في المرتبة الثانية عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 33.1%، وبمتوسط حسابي بقيمة 2.35 وبانحراف معياري يقدر بـ 1.49، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 23.3% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 56.4% بأنه لا يلزم الفريق الطبي بلبس هدام أنيق ولائق بمظهر مقدم الخدمة؛ في حين فضلت نسبة 21.2% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الحادية عشر من المقياس "يقوم القائمون على المرضى بمراقبة طرق تقديم العلاج لضمان سلامة المريض ." في المرتبة الثامنة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 50.6% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.92 ، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.12، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 21.5% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 72.1% بأنه لا توجد رقابة على طرق تقديم العلاج في مستشفى الجلفة وهذا لضمان سلامة المرضى؛ في حين فضلت نسبة 14.2% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثانية عشر من المقياس " تقوم الرقابة التنظيمية بالمستشفى على إلزامية حسن استقبال المرضى وذويهم ." في المرتبة التاسعة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 50%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.81،

وبانحراف معياري يقدر بـ 1.00، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 27.6% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 77.6% بأنه لا توجد رقابة على إلزامية الفريق الطبي بحسن إستقبال المريض وذويه؛ في حين فضلت نسبة 14.8% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثالثة عشر من المقياس " يقوم المشرفون على مراقبة السجلات الطبية - كتابة التشخيص وطرق ومدة العلاج وإستجابة المريض." في المرتبة السادسة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 51.5%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.95، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.18. ويضاف لهذه النسبة، نسبة 20.1% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 71.5% بأنّ المشرفين لا يقومون بمراقبة السجلات الطبية؛ في حين فضلت نسبة 12.8% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الرابعة عشر من المقياس " يقوم المشرفون على مراقبة السجلات الشبه طبية - كتابة التشخيص وطرق ومدة العلاج وإستجابة المريض." في المرتبة السادسة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة بنسبة 43%، وبمتوسط حسابي بقيمة 2.14، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.18، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 20.1% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 63.1% بأنّ المشرفين لا يقومون بمراقبة السجلات الشبه طبية؛ في حين فضلت نسبة 18.3% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الخامسة عشر من المقياس " يقوم الجهاز الرقابي على مراقبة البطاقة الفنية للأجهزة الطبية ( سنة الاستعمال ، صلاحية الاستعمال ، مدة العطل وسببه). " في المرتبة الثالثة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة بنسبة 58.1% ، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.62، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.89. ويضاف لهذه النسبة، نسبة 27.9% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة ، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 86% بأنه لا يتم مراقبة ومتابعة صيانة الأجهزة الطبية.

□ صنفت الفقرة السادسة عشر من المقياس " تقوم الرقابة التنظيمية على مراقبة استعمال الأدوية من حيث الوفرة والاستعمال العقلاني لها ، مراقبة المخزون وشروط التخزين، مدة

الصلاحية." في المرتبة الرابعة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة بنسبة 57.6% ، وبمتوسط حسابي بقيمة 2.14، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.18. ويضاف لهذه النسبة، نسبة 25.3% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 82.9% بأنه لا توجد رقابة على تسيير الأدوية داخل المصالح الاستشفائية بمستشفى الجلفة.

□صنفت الفقرة السابعة عشر من المقياس " تقوم الوصاية بحملات تفتيشية مفاجئة للكشف عن مواطن الخلل في الخدمة الصحية." في المرتبة الثانية لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة بنسبة 63.1% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.52، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.85؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 28.5% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 91.6% بأن الوصاية لا تقوم بحملات تفتيشية ورقابية مفاجئة للكشف عن مواطن الخلل في الخدمة الصحية.

## II - التحليل السوسيولوجي للبيانات الميدانية المتعلقة بمتغير الرقابة التنظيمية:

بنفس الطريقة التي تبنيها في محور تحليل جودة الخدمة الصحية، وذلك بتقسيم محور الرقابة الى أبعاد، حفاظا على رصانة النص والتحليل، وتجنب التكرار وحتى نعطي للتحليل بعده الحقيقي، وعليه تم تقسيم محور الرقابة:

**01- دور الرقابة في التنظيم بوجه عام:**

ارتأينا عند وضع فقرات محور الرقابة التنظيمية في المقياس أن نعطي مدخل عام حول الرقابة التنظيمية ومدى أهميتها في التنظيم الصحي، وهذا لمعرفة الاتجاه العام لعينة الدراسة في المحور، فكانت استجابات عينة الدراسة حول دور الرقابة في تحسين الأداء في المنظمة إيجابيه، إذ صرحت نسبة 84.9% بالدور الفعّال للرقابة في تحسين أداء الموارد البشرية في التنظيم الصحي، وهذا يوحي بمدى وعي أعضاء النسق الطبي المعالج بمستشفى الجلفة لأهمية الرقابة في التنظيم ودورها في تحسين الأداء، والابتعاد عن ذلك المفهوم الكلاسيكي الضيق الشائع عن الرقابة يكون المسؤول واقفا على رأس العامل ، متصيذا أخطاءه ، مدققا في أعماله ويتشدد في معاقبته، إلى دور الرقابي المساهم في مرافقة العامل لتصويب أخطائه بغية الأداء الصحيح، وخاصة وأنّ الأمر يتعلق بحياة الإنسان، وهذا ما أقرت به عينة الدراسة من خلال تفاعلها مع الفقرة للرقابة دور مركزي في الحد من الوقوع في الأخطاء، بنسبة 82.8%، فالخطأ يكاد يكون ممنوعا في التنظيم الصحي، وغير مسموح حتى بهامش ضئيل من الخطأ؛ وعدم تفعيل الوظيفة الرقابية من شأنه أن يؤدي إلى تفشي الفوضى والتسيب، وهذا ما أشارت إليه عينة لدراسة من خلال الإجابة عن الفقرة للرقابة دور فعّال للحد من التسيب بنسبة 84% بالدور الفعّال للرقابة داخل المؤسسة وللحد من التسيب واللامبالاة، ولم نتعمق في هذه الفقرة لوجود التفاصيل في الجانب النظري من الدراسة.

**02- الرقابة على أداء الفريق الطبي:**

المستشفى فضاء يقصده جميع أفراد المجتمع من رجال ونساء وأطفال يعانون من عجز أو مشكل صحي، ليجدوا أمامهم فريق متدرب من النساء والرجال مهتمهم الأولى التكفل بهم وتأمين و ضمان العلاج لهم حسب حالاتهم المرضية ووفق بروتوكول معين ويتوقع المرضى وأهاليهم رعاية طبية جيدة، وأيضا طلب للرعاية الفنية والفندقية، ومع ذلك تبقى حاجة المريض إلى الرضا، خاصة فيما يتعلق بالجانب العاطفي، بإضفاء الطابع الإنساني على الأفعال التي يقوم بها الفريق الطبي المعالج.

وكما أشرنا سابقا لابد من إضفاء الطابع الإنساني، لحظة استقبال المريض وعائلته على مستوى المصالح الاستشفائية، وهي المرحلة الأولى من التفاعل حيث ترتسم في هذه المرحلة صورة المؤسسة ( الوصمة ) وموظفيها بالسلب أو الإيجاب، بالحب أو الكراهية.

## 1-2 إدارة الاستقبال :

إنّ الاستقبال الطبي أو الضيافة في الوسط الاستشفائي، هو قبل كل شيء شكل من أشكال الاتصال الشفوي، وليس اللفظي، وهو لقاء يتم فيه التفاعل وتبادل المعلومات، فبالنسبة لمهنيي الرعاية الصحية يعد الاستقبال جزء لا يتجزأ من الرعاية الطبية؛ إنّه عمل مهني مدروس، يتم تحليله وتعلمه وتطويره في جودة الرعاية الصحية. فالاستقبال يجب أن يتم بطريقة شخصية حسب العمر، والجنس، والإصابة والاحتياجات، والثقافات:

- **المستوى الأول من الاستقبال العلاقات الإنسانية:** طقوس التحية والسلام والترحاب مبدأ أساسي في نظام العلاقات الإنسانية وهو آلية اجتماعية وثقافية تنظم الحياة الاجتماعية، بهذا يتم تحدد علاقة الكياسة واللباقة والتي تعتبر كمدخل أولي للتواصل، إذ تسمح هذه العلاقة بملاحظة وسائل الراحة والأخلاق الحميدة المستخدمة في العلاقات الاجتماعية والمرادفة لمعاني المجاملة أدب، عاطفة، صداقة، مؤانسة.

في هذا المستوى يكون المريض حساسا لهذا النوع من العلاقات الاتصالية، فمن الضروري توفير سبل الراحة للمريض عند وصوله؛ ويجب أن يكون الاتصال البشري دافئا ومطمئنا ومحترما، والصبر والابتسامة دائمي الحضور وبالتالي تساهم هذه العلاقة في خلق مناخ الثقة، و هذا من أجل تعزيز حسن سير الاستشفاء، فاستقبال المريض يعتبر من المهام الرئيسية للممرض، وهو جزء من العلاج كما سبق الإشارة إلى ذلك، فالممرض يجب أن يقوم بالخطوات التالية عند وصول المريض بعد واجب التحية والترحاب كما أشرنا سابقا وفق الثقافة المحلية:

☒ لا يُترك المريض ينتظر.

☒ ترحيب بلطف.

☒ يقدم نفسه لتقليل من خوف المريض.

- ☒ طمأنة المريض وزرع الثقة للحد من قلقه.
- ☒ شرح الوضع لعائلته وطمأنتهم.
- ☒ يأخذ ملف التسجيل الإداري للمريض - مكتب الدخول - و يتأكد من صحة المعلومات المدونة ، الاسم اللقب ، تاريخ الميلاد، إسم ولقب مرافق المريض إن كان يحتاج إلى مرافقا.
- ☒ أخذ المريض وتثبيته في سريره ، ومساعدته على خلع ملابسه، وارتداء ملابس النوم .
- ☒ إعطاء بعض المعلومات عن المصلحة، موقع المراحيض، أوقات الزيارة أوقات الدواء، أوقات الأكل ...

الفقرات السابقة توضح بإيجاز كيفية استقبال المريض في المصالح الاستشفائية والذي يعتبر جزء لا يتجزأ من الرعاية الطبية؛ إنّه عمل مهني مدروس، يتم تحليله وتعلمه وتطويره في جودة الرعاية الصحيّة، بينما ما يحدث في الواقع شيء آخر فعندما يدخل المريض للمصلحة يستقبله الممرض ويأخذ منه الملف الطبي، ثم يقوم عون التنظيف بمرافقة المريض إلى غرفته ويثبته في سريره، ويعطي الأفرشة لمرافق المريض، بمعنى أنّ الممرض يتفاعل مع المريض للحظات فقط، ولذلك جاءت تصريحات عينة الدراسة حول الفقرة " تقوم الرقابة التنظيمية بالمستشفى على إلزامية حسن استقبال المرضى وذويهم " بنسبة 77.6% بأنه لا توجد إلزامية على الفريق الطبي بحسن استقبال المريض وذويه، وتبقى تعليمات كغيرها من التعليمات التي توضع في أدراج المكاتب، وقد تُستعمل في حالات ما إذا كان المريض من ذوي الجاه والسلطان، ولذلك في الكثير من الأحيان نجد المريض مضطرب ومتوتر، لا يعرف ما يحدث له، ولا يعرف مرضه، هل هو مرض مزمن أو خطير، وماهي طرق العلاج ومدة العلاج...يعيش المريض وذويه حالة من الغموض، وكلّما لم يتم التصريح لهم كلّما ازداد توترهم ، وازدادت شكوكهم نحو الإصابة بمرض خطير، كالسرطان وغيرها.

#### - المستوى الثاني من الاستقبال العلاقات الوظيفية :

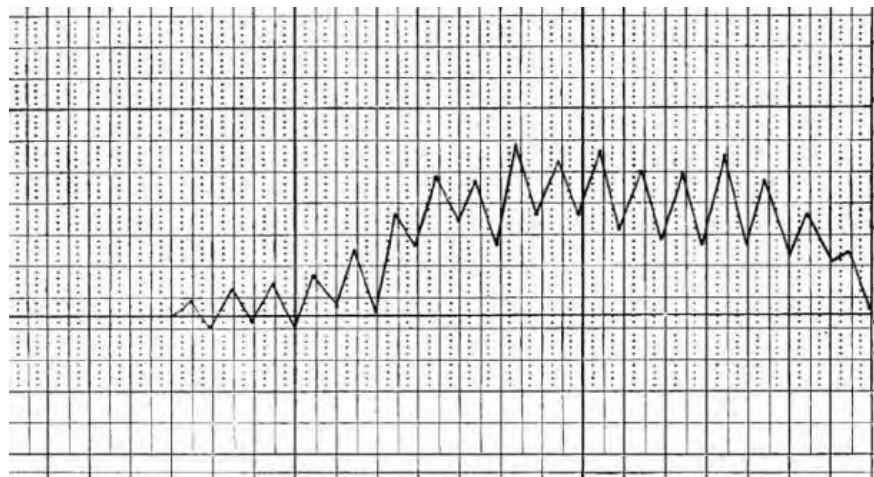
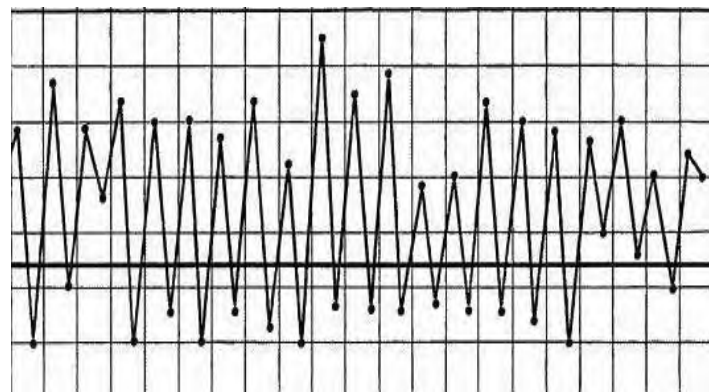
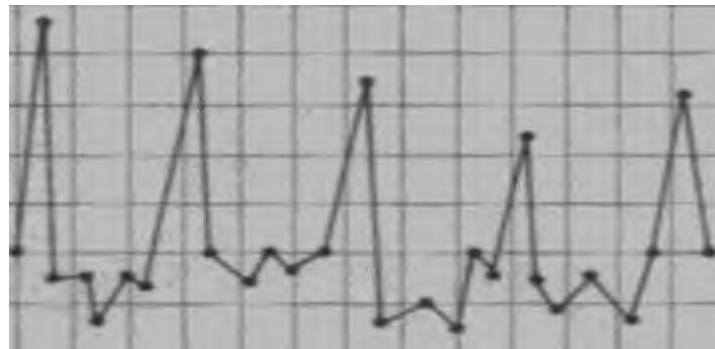
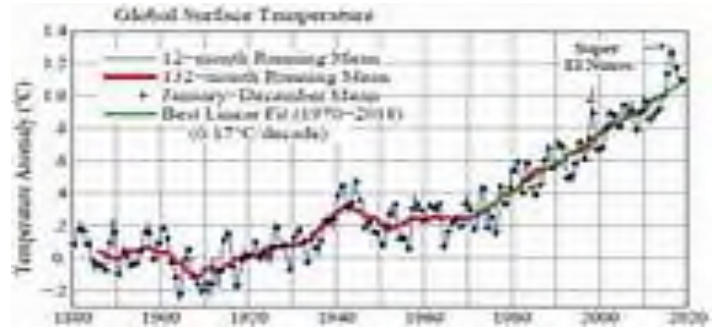
وهي المرحلة الثانية من الاتصال بين الفريق الطبي والمريض، وتسمى بوظيفية لأنها تفي بوظيفة محددة، ليتسنى للفريق الطبي المعالج معرفة المريض وتحديد مجال الاختصاص، مثل علم الامراض وعلاماته، وأسلوب الحياة والبيانات الأسرية والسوسيو - مهنية.

الأسئلة التي تطرح على المريض تساعد على فهم احتياجات المريض للتكفل الأمثل به بمعنى أنها علاقة تحقيق أو استقصائية، حيث يبحث الفريق الطبي على المعلومات لتحديد وفهم المحاور الرئيسية التي يعاني منها المريض، بغية الوصول الى تشخيص صحيح للمرض، وبالتالي بناء خطة علاج صحيحة تؤدي الى البرء والشفاء العاجل للمريض.

وفي هذا المستوى عند ولوج المريض يقوم الممرض بنشاطات وظيفية كأخذ الثوابت الحيوية **Constantes**، كقياس درجة حرارة الجسم، ضغط الدم قياس السكر... ويسجل الممرض النتائج على ورقة المراقبة **Fiche de Surveillance** مدون عليها إسم ولقب المريض، وفي نفس السياق رأت عينة الدراسة بمستشفى الجلفة حول الفقرة " تعمل الرقابة التنظيمية بالمستشفى على الوقوف على الدور الذي يمارسه الممرض ، كقياس الثوابت، الوقاية من التقرحات...". بنسبة 46.5% بأنه لا توجد رقابة على ممارسات الممرض في أخذه للثوابت الحيوية، وقد يرتبط ذلك في كثير من الأحيان بغياب وسائل القياس ( مقياس درجة الحرارة، مقياس ضغط الدم، شرائط قياس السكر... )، ونعطي أمثلة على ذلك للتوضيح ولمعرفة مدى أهمية قياس الثوابت الحيوية في الرعاية الطبية:

- قياس درجة حرارة الجسم، يساعد على التشخيص، كما يعطي فكرة على تطور المرض، وعادة ما يقاس مرتين في اليوم، عند نهوض المريض، والثانية قبل النوم، فتنشأ عن ذلك منحنيات، منحني يومي، منحني أسبوعي، ومنه نحدد نوع المنحني.







الأشكال في الصورة: نماذج لمنحنيات بيانية لقياس درجات الحرارة في بعض الأمراض. وكل منحني له تفسيره العلمي ويعطي لنا نظرة عن المرض، وعن تطور شفاء المريض، ونجاعة الأدوية التي يتناولها المريض.

- قياس ومراقبة ضغط الدم، وعدد القياسات في اليوم تختلف من مرض لآخر يحددها الطبيب للمريض، ففي حالات ارتفاع ضغط الدم يتم قياسها ثلاث مرات في اليوم، وقياسه كل نصف ساعة الى ساعة (30 د - 60 د) في حالة الصدمات القلبية Etat de choc cardiogénique.

- قياس سكر الدم الشعير: ويقاس عند مريض السكري في المستشفى ، قبل كل وجبة وساعتين من بعدها، على الأقل 06 قياسات في اليوم، هذا بالنسبة لمريض السكري بالأنسولين، أما بالنسبة للمريض السكري الذي يعالج عن طريق الأقراص الفمية Péros، يتم قياس السكر قبل الأكل وبعده في الوجبات الرئيسية، أي أربعة مرات.

أما نسبة 22.6 % من عينة الدراسة ترى أنّ المستشفى تقوم بمراقبة الممرضين في قيامه بقياس الثوابت الحيوية، وتقع المسؤولية في ذلك على إطار ومنسق المصلحة اللذين يطلبان من الممرضين بالقيام بقياس الثوابت عند المرضى، وهناك بعض الحالات المرضية التي يكون فيها القياس إجباري، وعلى ذلك وفي أغلب الأحيان يطلب من المرضى وذويهم بجلب معهم أدوات القياس، من المحرار، وشرائط قياس السكري في الدم، كل هذه القياسات التي يقوم بها الممرض من شأنها أن تساعد الفريق الطبي على وضع التشخيص الصحيح، ومتابعة مراحل تطور المرض، ويقوم الطبيب أو الفريق الطبي المعالج نشاطات طبية داخل المصالح الاستشفائية أهمها تشخيص الأمراض، وبناء خطة العلاج:

## 2-2 تشخيص الأمراض، وبناء خطة العلاج :

**تشخيص الأمراض:** التشخيص ( Diagnostic ) في مجال الطب هو فن معرفة نوع المرض الذي يعاني منه المريض، فكل مرض يحمل مجموعة من العلامات تميزه عن غيره من الأمراض؛ فمرض السل مثلا له علامات تميزه عن مرض البوحمرون.

ويتم التشخيص؛ باستعمال الوسائل العلمية المتاحة، لتحديد المشكلة التي يقدمها المريض. وتشمل هذه الوسائل جميع الحقائق من جميع المصادر الممكنة، ومقارنتها بالمبادئ والمعلومات الأساسية؛ وتشمل إفادة المريض عما يشعر به من الآلام وغثيان ودوار وتعب

مما لا يعلمه سواه، ومدته، ويستوضح الطبيب هذه الأسئلة، ويتناول استجواب المريض النواحي التالية:

- **الشكاية الحالية للمريض والأعراض التي دفعته إلى استشارة الطبيب.** والألم هو أهم الأعراض المرضية وأكثرها انتشاراً، ويختلف مكانه من مرض لآخر، وتفاوت شدته من حالة لأخرى. ومنها أيضاً الحمى والزلة التنفسية والإقياء والإسهال وغيرها. كثيراً ما تكون القصة المرضية وحدها كافية لوضع التشخيص الصحيح، إلا أن بعض المرضى عاجزون عن وصف أعراضهم بوضوح مما يدعو الطبيب إلى مساعدتهم عن طريق توجيه بعض الأسئلة إليهم، كما أن مرضى آخرين يعلقون أهمية كبيرة على الأعراض المرضية التي تبدو لهم مزعجة بينما يمرون عابرين على بعض الأعراض التي تبدو لهم بسيطة في ظاهرها إلا أنها قد تكون بالغة الأهمية بالنسبة للطبيب وفيها يكمن مفتاح التشخيص، ومن الأمور المهمة التي يجب أن يتناولها الاستجواب تاريخ بدء الأعراض وكيفية بدئها، إن كان مفاجئاً أم متدرجاً أم مخاتلاً، وهل الأعراض مستمرة أم متقطعة، وهل هناك أسباب معينة تدعو لظهور الأعراض، وما هي الحالات التي تخفف الأعراض أو تزيدها شدة، إضافة إلى ذلك يستفسر الطبيب عن الأعراض الأخرى التي ترافق الشكوى والتي كثيراً ما يهمل المريض ذكرها مركزاً اهتمامه على العرض الرئيسي الذي دعاه لاستشارة الطبيب. . السوابق المرضية للمصاب: ويقصد بذلك معرفة الحالات المرضية التي أصابت المريض فيما تقدم من حياته، والتي قد تكون ذات صلة بمرضه الحالي أو أسهمت في إحداثه، مثال ذلك الأعراض القلبية التي يشكو منها المريض في الوقت الحاضر قد تكون ناجمة عن آفة في أحد صمامات القلب تلت إصابته بالحمى الرئوية في مطلع شبابه.

. **السوابق المرضية العائلية:** إن معرفة الحالات المرضية التي حدثت عند أفراد العائلة المقربين كثيراً ما تفيد في وضع التشخيص، فإصابة أحد أفراد العائلة بمرض معدٍ كالتدرن قد يكون مفيداً في توجيه التشخيص.

**الأحوال الاجتماعية:** ويتضمن ذلك الحياة الزوجية والعلاقات الجنسية والعادات الطعامية ولاسيما تناول الكحول والتدخين، والأدوية التي يستعملها المريض ولاسيما الأدوية العصبية النفسية التي كثيراً ما تسبب الاعتياد، كما أن معرفة مهنة المريض أمر مهم إذ إن بعض

الصناعات تُعرضُ عمالها لأنواع مختلفة من المواد الكيميائية أو العوامل الفيزيائية (أشعة، اهتزازات، ضجيج) قد يكون لها علاقة بمرضه.

ثم يجري الفحص الجسدي الرتيب، الذي يشمل خمسة إجراءات:

أولاً- الملاحظة؛ أي توجيه النظر إليه لمعرفة حالته العامة إجمالاً، ثم تدقيق النظر في الجزء المصاب، للتعرف على مختلف التغييرات الطارئة على حالته الظاهرية. ثانياً - اللمس، أو الجسّ؛ للتعرف حالة المواضع الملموسة، واستبانة التغييرات غير الطبيعية الطارئة عليها. ثالثاً - القرع؛ ولا سيما في فحص الصدر، لاستجلاء التغييرات التركيبية، التي تطرأ على الأنسجة، فتغير مسمع الصوت المنبعث منها، إذا قرعت. رابعاً - التسمع؛ أي الإنصات إلى الأصوات الصادرة عن حركات الأعضاء، أثناء تأدية وظائفها؛ كالتنفس وضربات القلب، والتفطن إلى ما يطرأ على هذه الأصوات من تغييرات غير طبيعية. وتستخدم في الفحص بعض الأدوات التي تعين عليه؛ كالسماعة، ومناظير الأذن والعين والحلق وغيرها.

خامساً - فحص الجملة العصبية يتضمن فحص الأعصاب القحفية وما ينجم عن إصابتها من خلل في الحواس (الرؤية، السمع، الشم والذوق) أو في حركة وحس الأجزاء المختلفة من الجسم (شلل الأعصاب المحركة للعين، شلل العصب الوجهي). يُشكل تحري المنعكسات جزءاً رئيساً من فحص الجملة العصبية ويستعين الطبيب على ذلك ببعض الأدوات البسيطة كالمنطقة لفحص المنعكسات الوترية والذبوس العادي لتحري المنعكسات الجلدية وحس الألم في مناطق الجسم المختلفة. كما يقوم الطبيب بتقدير القوة العضلية للأجزاء المختلفة من الجسم ولاسيما الأطراف. وثمة وسائل أخرى متنوعة يستعان بها على التشخيص؛ كالفحص المجهرى والكيمائى والجرثومى، لبعض متعلقات الجسم؛ كالدّم والبول والقيح والأنسجة. كما تستخدم أيضاً لذلك الغرض بعض الأجهزة الخاصة؛ مثل جهاز قياس ضغط الدم، ورسام القلب الكهربائى، والأشعة السينية، أو المناظير المختلفة للمعدة والقولون والمستقيم والبطن. وعند مقارنة الحقائق المتجمعة، مع القواعد والمعلومات الأساسية، يتكون تصور عن السبب والآفة المرضية والوظائف المضطربة، التي تكون آفة المريض. وهذا يضع المرض في درجة معينة، ويؤهل وضع العلاج المناسب والإنذار المناسب لكل مريض.

وفي نفس السياق ترى عينة الدراسة حول موضوع التشخيص بمستشفى الجلفة في إجابتها على الفقرة " يعمل الجهاز الرقابي للمشرفين على المرضى للكشف عن صحة التشخيص الذي وضعه الطبيب القائم على حالة المريض" بنسبة 73.3% بأنه لا توجد رقابة على التشخيص الذي يضعه الطبيب القائم على حالة المريض، ويفيد هذا المعطى الإحصائي أنّ الفريق الطبي بالجلفة يعمل دون التأكد من صحة التشخيص الذي يقدمه الطبيب المعالج؛ وتجدر الإشارة أنه في المستشفيات التي تحافظ على التقاليد والأعراف المهنية الطبية، يتم فيها مناقشة الحالات المرضية من طرف جميع الأطباء في حلقة نقاش colloque: وهي لقاء كل الأطباء صباحا ليناقشوا حالات المرضى من خلال الملفات الطبية ، ويقدم الطبيب المشرف على الحالة بشرح حالة المريض وتقديم المبررات التي دفعته لتبني تشخيصه لحالة المريض، ثم يُدار النقاش بين الأطباء، ليضيفوا بعض الملاحظات، كاقترح بعض التحاليل... أو وصف بعض الأدوية أو التنبيه لبعض أخطاء التشخيص، بالاعتماد على التشخيص التفريقي Diagnostique différentiel... كما يقوم الأطباء المتخصصون والعامين والمرضى في المصلحة بالقيام يوميا كل صباح بزيارة طبية للمرضى Visite Médicale ومناقشة حالة كل مريض على حدى، عند سرير المريض، وهي اللحظات التي يتم فيها التفاعل بين المريض والفريق الطبي المعالج، حيث يعرف الفريق الطبي:

- الأعراض التي يعاني منها المريض، بظهور أو باختفاء بعض الأعراض.
- نتائج التحاليل التي أجريت للمريض.
- تطور حالة المرض.
- مدى إستجابة المريض لخطة العلاج.

وفي هذه اللحظات يمكن للمريض أن يطرح الأسئلة على الطاقم المشرف، ليعرف تشخيصه وعن تطور مرضه، والأخذ ببعض الإرشادات التي تساعد على الشفاء هذا من جهة، ومن جهة اخرى تعتبر الزيارة الطبية جزء لا يتجزأ من الرعاية ومحور نقاش وتفاعل نشط بين الأطباء لتبادل المعارف والمهارات للوصول إلى إتخاذ العديد من القرارات المهمة لوضع تشخيص صحيح وبناء خطة علاج فعّالة.

ومما تقدم يعني أنّ الفريق الطبي بمستشفى الجلفة لا يعتمد على الأعراف المهنية الطبية فكل طبيب يشرف على حالة مريض، هو من يقوم بوصف التشخيص، والدواء، دون الخضوع لهذا البرتكول المشار إليه في الفقرات السابقة؛ وبنفس المعطى يكون التعامل مع الفقرة الموالية فهي تحصيل حاصل " يعمل الجهاز الرقابي للمشرفين على المرضى للكشف عن صحة خطة العلاج التي وضعها الطبيب القائم على حالة المريض." إذ ترى عينة الدراسة بنسبة 81.2% بأنه لا توجد رقابة على الخطة العلاجية التي وضعها الطبيب المعالج؛ والعلاج في المستشفيات يكون وفق ما يلي:

- علاج علاجي Traitement Médical: يهدف إلى الحصول على شفاء وبرء المريض كإستعمال المضادات الحيوية في الأمراض المعدية.

- علاج مسكن Traitement Palliatif: يهدف إلى تخفيف مظاهر المرض كإستعمال الأدوية المسكنة للألام.

- علاج الوقائي Traitement Préventif: تهدف إلى الوقاية من ظهور المرض.

والعلاج في المستشفيات يتطلب تدخل الطبيب، والصيدلي، والممرض، وغالبا ما يستعملون نظام الحماية الغذائية ( نصائح بشأن نمط الحياة والنظام الغذائي والتثقيف العلاجي )، وتستعمل الأدوية في المستشفيات على مختلف أشكالها وأنواعها وخاصة التي تستعمل عن طريق الحقن.

وهناك إجراءات أخرى هي جزء من العلاج، فإعادة التأهيل التي تتطلب أخصائي العلاج الطبيعي، أو أخصائي النطق .... والضمانات تتضمن الممرض.

وعلى العموم يوجد ثلاثة أنواع من العلاجات في المستشفيات:

- العلاج بالأدوية Traitements Médicales.

- العلاج الجراحي Traitements Chirurgicales.

- علاج طبي - فني Traitements Médico-techniques.

هذه المعطيات تدفعنا للتساؤل حول سلامة وأمن الطرق المتبعة في تقديم العلاج للمرضى بمستشفى الجلفة، وعلى ذلك عبرت عينة الدراسة في إجابتها عن الفقرة "يقوم القائمون على المرضى بمراقبة طرق تقديم العلاج لضمان سلامة المريض" بنسبة 72.1% بأنه لا توجد رقابة على طرق تقديم العلاج في مستشفى الجلفة وهذا لضمان

سلامة المرضى، وهذه نتيجة منطقية بالنتيجة التي سبقتها، وتجدر الإشارة كما سبق و أن أشرنا في محور الجودة بأن السلامة والأمان تعني الخلو من الخطر وبتعبير آخر هي: الإجراءات التي تتخذها المؤسسات والأفراد لحماية المريض من أي آثار ضارة نتيجة تلقي الخدمة الصحية؛ والتي تعني أن الأخطاء الطبية تحدث نتيجة عوامل معينة وتحت ظروف معينة؛ وقد أستعمل هذا المصطلح أول مرة من طرف الجمعية الأمريكية لسلامة المرضى الخاضعين للتخدير، في تسعينيات القرن الماضي، نتيجة لدراسات وأبحاث توصلت إلى أن هناك مرضى يتعرضون لمضاعفات نتيجة لأخطاء طبية وقد أشار قديماً أبقراط أن الطبيب يجب أن يقرر الإجراء الطبي المناسب للمريض على حساب إمكانياته الطبية بحيث ألا يؤدي هذا الإجراء إلى مضاعفات طبية، ومن هنا نشأ هذا التعبير إلى مقدمي الخدمة الصحية "أولا لا تضر".

وقد تم الاهتمام بهذا المجال لأنّ العديد من الدول قامت بإحصائيات لعدد المرضى الذين تعرضوا لمضاعفات نتيجة الأخطاء الطبية أثناء خضوعهم لإجراء طبي. وتشير التقديرات إلى أنّ مريضاً واحداً من بين كل 10 مرضى يصابه الأذى أثناء حصوله على الرعاية بمستشفيات البلدان المرتفعة الدخل؛ أما على الصعيد العالمي فيصاب ما لا يقل عن 4 أربعة مرضى من أصل كل 10 مرضى بالأذى أثناء حصولهم على خدمات الرعاية الصحية الأولية وخدمات رعاية المرضى الخارجيين، علماً بأنّ معظم الأخطاء الضارة تنجم عن التشخيص والوصفات الطبية واستعمال الأدوية.

### 3 - تقييم الأداء في مستشفى الجلفة:

هذا التسلسل في الأفكار والمعطيات الميدانية يدفعنا لمعرفة الأساليب التي تنتهجها مستشفى الجلفة في تقييم أداء الموارد البشرية، وذلك من خلال إجابتهم عن الفقرة " يحرص القائمون على المصلحة في تشديد الرقابة على نظام تقييم الأداء " ترى عينة الدراسة بنسبة 74.7% بأنه لا توجد رقابة على نظام الأداء في المصالح الاستشفائية بمستشفى الجلفة.

وتجدر الإشارة، أنّ تقييم الأداء هو نظام تعتمد المؤسسة من أجل تحسين في خدماتها، إذ تقوم بقياس الأداء المتحقق من الموارد البشرية العاملة في المنظمة، من حيث عملهم وسلوكهم وكفاءتهم في القيام بأعباء أعمالهم الحالية، ومدى تحملهم لمسؤولياتهم حيال

الوظائف التي يشغلونها؛ مما يساعد على معرفة على جوانب القوة والضعف في الأداء، وتحديد كيف يمكن تجنب الضعف باستثمار جوانب القوة في الوقت الحالي وفي المستقبل للوصول إلى أعلى درجة كفاءة الأداء للتحسين المستمر في الخدمة.

ومن خلال ما تقدم يتضح أنّ مستشفى الجلفة لا تعتمد على هذا الأسلوب من التقييم، بل تعتمد على أسلوب آخر، والمفروض من طرف الوزارة، المعتمد على مؤشرات تقييم أداء المؤسسة ككل، خاصة في جانبه المادي والمالي، دون القيام بتقييم أداء الموارد البشرية.

وتؤكد المعطيات الإحصائية المتحصل عليها من عينة الدراسة أنّ مستشفى الجلفة لا تقوم بمراقبة وتقييم مواردها البشرية، حتى في الأمور المحسوسة؛ البسيطة في التقييم كمرقبة ومتابعة الغيابات، مظهر مقدم الخدمة، تتبع شكاوي المرضى مراقبة السجلات الطبية ... وهذا ما رصدناه من استجابات عينة الدراسة:

#### الغيابات في المستشفى:

صرحت عينة الدراسة حول الرقابة عن الغيابات التي تضمنتها الفقرة " يعمل النظام الرقابي في المستشفى على القضاء على الغيابات وحالات التأخر على المداومة." إذ ترى عينة الدراسة بنسبة 24.4% بأنه لا توجد رقابة على الغيابات وعلى حالات التأخر؛ وفي المقابل رأت نسبة 35.8% من المستجوبين أنه توجد رقابة في المستشفى لتسجيل أي غياب أو تأخر من الفريق المداوم، ويتضح جليا أنّ النسبة الأكبر من عينة الدراسة أقرت بوجود رقابة على الغيابات في المداومة، لأنه في مداومة المصالح الاستشفائية يعمل ممرض واحد ولذلك أي غياب، لا بد على رئيس المصلحة أو الممرض الذي في المداومة قبله، أن يبلغ الإدارة بذلك، وبالتالي الإدارة تقوم بتسجيل الغياب، وعليها أن تجد ممرضا بديلا لهذا المداوم والذي عمل لمدة 24 ساعة، وبنفس الكيفية بالنسبة للأطباء، وإذا تكرر سلوك الغياب لعدة مرات، قد يؤدي بصاحبه إلى المجلس التأديبي، في حين رأت نسبة 24.4% من عينة الدراسة وهي نسبة لا يستهان بها، وخاصة أنّ هناك نسبة 37.5% اتخذت موقف الحياد، بأنه لا توجد رقابة على الغيابات في المداومات، ويلاحظ هذا في المصالح التي تحتوي على أكثر من مداوم، فيحدث و أن يتفق الفريق المداوم بالمصلحة، بالتناوب في المداومة، وفي كل مرة يغيب واحد من المداومين، والمهم بالنسبة للإدارة والمسؤولين أنّ



المداومة مضمونة وهذا السلوك جاء نتيجة إعتقاد الأطباء هذا الأسلوب، أمام صمت الإدارة، وعليه أصبح سلوك الغياب متفشي داخل المستشفى.

#### أ- الهدام ومظهر مقدم الخدمة:

بالنسبة للهدام والمظهر اللائق لمقدم الخدمة الصحية فقد أجابت عينة الدراسة " يعمل النظام الرقابي في المستشفى على إلزامية حسن الهدام والمظهر لمقدم الخدمة الصحية ". بنسبة 56.4% بأنه لا يلزم الفريق الطبي بلبس هدام أنيق ولائق بمظهر مقدم الخدمة، وتعود هذه الإشكالية على كون المستشفيات في الجزائر لا تقدم بدلات لائقة للفرق الطبية العاملة بالمؤسسات الصحية، فهي في العادة تعطي بدلة واحدة في السنة، ولنا أن نتصور أن الممرض أو الطبيب ببذلة واحدة طوال السنة ويلاحظ هذا خاصة عند الممرضين ، وهذا لكونهم أكثر عرضة للتعامل مع المرضى كما قد يعود الأمر إلى كون الأطباء يقومون بشراء بدلات العمل، وخاصة الإناث منهم، كما تقوم بعض مخابر الادوية بإعطاء مآزر لهم، والملاحظ في الآونة الأخيرة أنّ الشباب المتخرج من الممرضين أصبح يهتم بمظهره بشكل ملفت للانتباه متبعاً في ذلك الموضة.

وتجدر الإشارة أنّه في حياتنا اليومية تعطى أهمية بالغة لأشخاص معينة فقط لأنّ مظهرهم أفضل منا أو من الأشخاص من حولنا، فالاهتمام بحسن المظهر الخارجي يعدّ أمراً مهماً لهيئة الشخص وطريقة لباسه ولغة جسده في تكوين العلاقات الإجتماعية أو المهنية وفي إعطاء صورة جميلة وجيدة عن أنفسهم لدى الآخرين.

ويؤثر المظهر الخارجي الحسن في إعطاء انطباع جيد عن الشخص، لذا يتوجب على مقدم الخدمة مراعاة المظهر اللائق وفق العادات والتقاليد على نحو لا يخل بالآداب وسمعة العمل الحكومي، والتقيّد بالزي الرسمي لمن تلزمهم وظائفهم بارتدائه خلال ساعات العمل والحفاظ على نظافته وأناقته دائماً، يمكنها أن تمثل حافزاً قوياً بالنسبة للمرضى ليقرروا التعامل معه.



## ج- السجلات الطبية:

تعد السجلات الطبية أحد آليات الرقابة ووسيلة لتقييم الأداء، كونها المصدر الأساسي للبيانات الطبية؛ فهي وثيقة قانونية بالدرجة الأولى تشتمل على معلومات طبية، وتمريضية، وإدارية، تغطي كافة الجوانب المتعلقة بالحالة المرضية التي يعاني منها المريض وتشمل هذه المعلومات: الأعراض، والتاريخ المرضي ونتائج الفحوص السريرية والتشخيصية والتشخيص النهائي، والحالة المرضية والإجراءات، والمداخلات الطبية والجراحية، والعلاجات التي أعطيت للمريض ومدى تقدم حالة المريض، واستجابته لهذه المداخلات و العلاجات، بالإضافة إلى معلومات إدارية تعرف بالمريض كالاسم، والعم، والجنس، والعنوان الشخصي. وتظهر استجابات عينة الدراسة حول أهمية السجلات الطبية بالنسبة لإدارة مستشفى الجلفة بتصريحهم حول فقرة المقياس المتعلقة بذلك " يقوم المشرفون على مراقبة السجلات الطبية - كتابة التشخيص وطرق ومدة العلاج واستجابة المريض." بنسبة 71.5% منهم يرون بأن المشرفين بمستشفى الجلفة لا يقومون بمراقبة السجلات الطبية؛ والسجل الطبي توفره إدارة المستشفى، وهو إجباري في كل المصالح الاستشفائية، إذ يقوم مدير المستشفى بتقييمه وإمضائه، ثم يبدأ العمل به بالمصالح الاستشفائية، وهو وفق نموذج متعارف عليه، محدد من طرف وزارة الصحة، هذا لكونه وثيقة قانونية Médicaux Légal، يدون فيه الفريق الطبي في المصلحة كل الإجراءات الطبية من تشخيص وعلاج ... من ساعة دخول المريض إلى المستشفى إلى غاية خروجه فهو التوثيق المنظم للتاريخ المرضي. ويجب أن يكون لكل مريض سجل طبي خاص به، سواء داخل المستشفى، أو راجع العيادات الخارجية أو قسم الطوارئ، وقد يكون السجل الطبي ورقيا أو إلكترونيا، وهذا الأخير أي الإلكتروني لم يتم العمل به بمستشفى الجلفة، وتوجد محاولة للعمل به وتجدر الإشارة بمستشفى بأن السجل الطبي يحمل يوميا من طرف الممرض خلال الزيارة الطبية Visite Médicale، التي يقوم بها الطبيب الأخصائي والطبيب العام والممرض بالمصلحة، إذ يقوم الممرض في أغلب الأحيان بتسجيل الإضافات أو الخطة العلاجية التي يقترحها الأطباء من على سرير المريض. وهذا الإجراء بعيد كل البعد عن العمل المنظم والأكاديمي المعمول به في المستشفيات الكبيرة ذات الأداء الجيد، ويضاف إلى هذا ما جاء في الفقرة التي تحاكي نفس المعطى حول وجود سجل للشبه طبي؛ فكانت تصريحات عينة الدراسة " يقوم

المشرفون على مراقبة السجلات الشبه طبية - كتابة التشخيص وطرق ومدة العلاج وإستجابة المريض." وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 63.1% بأن المشرفين لا يقومون بمراقبة السجلات الشبه طبية؛ وفي حقيقة الأمر أنه لا يوجد سجل خاص بالمرضى، وهو مجرد دراسات نظرية، يحاول أصحابها بإعطاء أهمية للعمل الشبه الطبي، وحتى تكون وجود بصمات للأعمال التمريضية التي يقوم بها الممرض.

إنّ تقييم أداء الفريق الطبي في حالة انعدام وجود السجلات الطبية ليس بالأمر السهل إذ كيف يمكن التعرف على الطبيب الجيد من غيره إذ لم تكن هناك سجلات طبية فالسجلات الطبية وسيلة لتقييم مدى جدارة الجهاز الطبي من خلال البيانات المدونة بها والتي يمكن عن طريقها معرفة ما إذا كانت ممارسات الأطباء تتفق مع ممارسات الطب الحديث.

وفي هذا الصدد نذكر بما تناولناه في محور جودة الخدمة الصحية حول أهمية السجل الطبي؛ حيث ألحت المنظمات الطبية العالمية على وضعه ضمن معايير لإعتماد المستشفيات، إذ قامت الجمعية الأمريكية للجراحين (ACS) بتطوير برنامج معايير للمستشفيات بوضع مفاهيم لحد أعلى من الجودة وحد أدنى من المخاطر ودليل تحسين الجودة، وقد كان الهدف من ذلك ضمان الجودة الأفضل للرعاية الممكنة في ذلك الوقت، وكان ضمن هذه المعايير جودة الملف والسجل الطبيين المنظمين.

#### 4- الرقابة على الموارد المادية المساهمة في نجاح أداء الموارد البشرية:

##### أ- الرقابة على إدارة الدواء:

يرتبط نجاح استشفاء المرضى بتوافر عدة عوامل، يأتي على رأسها توفر الدواء بشكل دائم دون إنقطاع وبالكميات المناسبة، وإلا صار استشفاء المرضى لا جدوى منه، إذ تقوم الصيدلية المركزية بالمستشفى بتوفير الأدوية بمختلف أنواعها وأشكالها وتتم عملية تخزين وصرف الدواء من خلال منظومات تستهدف وصول الدواء للمريض بالجودة والفعالية المطلوبتين.

ويتم دمج جودة إدارة الدواء في المستشفيات ضمن إدارة المخاطر، فقد أشارت الكثير من الدراسات التي أجريت عن المخاطر التي يتعرض لها المريض في المستشفيات، يأتي فيها الدواء في الترتيب الثالث للأحداث السلبية الخطيرة المرتبطة بالرعاية الصحية في المنظمات الصحية، هذا من جهة ومن جهة أخرى لترشيد استعمالها والكف عن الهدر

خاصة وأنها ترصد لها الميزانية الثانية بعد ميزانية رواتب العمال؛ ولذلك تشدد عليها الرقابة، وعلى ذلك قسمنا هذا المعطى إلى عنصرين، الرقابة على المخزون والرقابة على الاستعمال:

- **الرقابة على المخزون:** تتم رقابة مخزون الأدوية على مستويين، على مستوى الصيدلية المركزية، وعلى مستوى المصالح الاستشفائية:

1- **على مستوى الصيدلية المركزية:** بمستشفى الجلفة يتم جلب الأدوية من الصيدلية المركزية الجهوية ببسكرة بناء على طلبية تودع لهم في كل شه، ومن المفروض هذه الطلبية تكون قد أعدت بناء على اجتماع للجنة الأدوية التي يرأسها المدير ويكون الصيدلي رئيس مصلحة الصيدلية عضوا رفقة الأطباء من المصالح الاستشفائية لإعداد قائمة الاحتياجات من الأدوية؛ ومن خلال هذا الاجتماع التقني الشهري يبني الصيدلي طلبيته ( Bon de commande ) من الأدوية والمواد الصيدلانية؛ وهذا الإجراء لا يعمل به بمستشفى الجلفة بل يعتمد رئيس المصلحة (الصيدلي) على تزويد الصيدلية من خلال طلبيات كتابية أو شفوية تقدم من رئيس المصلحة الاستشفائية، وهذا الإجراء يتم في حالة طلب دواء جديد لم تكن المستشفى تعمل به و إلا تجدد الطلبيات كما سبق العمل بها في الأشهر السابقة، أي أنّ طلبية الأدوية تجدد كل شهر مع النظر لكمية المخزون وتعديل بالزيادة أو النقصان.

وتحتوي الصيدلة المركزية على آليات للرقابة، مثلها مثل ما هو معمول به في تسيير مخزون المواد المادية، إذ تحتوي على سجلات محاسبية للأدوية وبطاقات حسابات مخزون الأدوية توضع على الرفوف تسجل فيها كمية الدواء، وبرنامج للحاسوب الآلي Epipharm من إعداد وزارة الصحة والسكان.

يقوم مدير المؤسسة ومفتشين من مديرية الصحة، ومفتشين من وزارة الصحة بمراقبة المواد الصيدلية من خلال هذه الآليات، والتي تركز على شروط التخزين كإحترام سلسلة البرودة...تواريخ صلاحية الأدوية، كمية الدواء المخزنة، مقارنة الكمية المخزنة وتاريخ صلاحيتها، مراقبة مخزون الدواء المهياً للكوارث الطبيعية... وهذه الرقابة نادرة الحدوث في مستشفى الجلفة.

## 2- الرقابة على مخزون الدواء في المصالح الاستشفائية:

من المهام المنوطة بإطار المصلحة القيام بتزويد مصلحته الاستشفائية بالأدوية والمواد الصيدلانية، إذ يقوم كل أسبوع بإعداد قائمة من احتياجات المصلحة، وفق اختصاص المصلحة، أي حسب الأمراض التي يتم التعامل معها، مع ضمان الأدوية التي تستعمل في الحالات الطارئة، توضع في غرفة للتخزين معدة لذلك مع توفر ظروف التخزين، وتقع مسؤولية الدواء على عاتق طبيب المصلحة وإطار المصلحة، كما تزود بنفس آليات الرقابة الموجودة بالصيدلية المركزية باستثناء الإعلام الآلي، كما يقوم إطار المصلحة أو من ينوب عنه، بصرف الوصفات الطبية يوميا، حسب عدد المرضى.

يقوم الصيدلي رئيس المصلحة أو من ينوب عنه - بتفويض منه - بمراقبة مخزون الأدوية بالمصالح الاستشفائية، وهي أحد المهام المسندة إليه، إذ يقوم بتسجيل ملاحظاته على مخزون الأدوية، الكمية التي يجب ألا تتعدى أسبوع، شروط التخزين ... ومراقبة تناسب الطلبات والاستهلاك، لكبح التلاعبات، وترشيد النفقات ... وهو الشيء غير معمول به بمستشفى الجلفة، إذ يرفض رؤساء المصالح هذا الإجراء كونه يمس بمصداقيتهم.

**ب - الرقابة على سلامة و أمن استعمال الأدوية:** وتتم الرقابة على ثلاثة مستويات حسب مسار الدواء من وصفه الى غاية تناوله:

- **المستوى الأول الرقابة على الوصفة الطبية:** عند دخول المريض للمصلحة يقوم الفريق الطبي بوصف العلاج المناسب لحالته، حيث يدون في السجل الطبي خطة العلاج، ثم يقوم طبيب المصلحة، وفي كثير من الأحيان الممرض بكتابة الوصفة الطبية من خلال السجل الطبي، ويقوم الطبيب بتوقيعها، وتحمل الوصفة الطبية، إسم ولقب المريض، رقم تسجيله، وتاريخ دخوله إلى المصلحة، ثم يتم كتابة الأدوية المناسبة لحالته والجرعات، ومدة العلاج، ومن المفروض أن تكتب الوصفة بوضوح ودقة، وتُعزى مسؤولية كتابة وتدقيق الوصفة الى الطبيب، بينما في الواقع تترك مسؤوليتها الى الممرض.

- **المستوى الثاني الرقابة على صرف الأدوية:** بعد جرد احتياجات المصلحة الاستشفائية، يقوم إطار المصلحة بطلباته - Bon de commande - والوصفات الطبية بإداعها إلى الصيدلية المركزية للتزود بالأدوية والمواد الصيدلانية، حيث يقوم الصيدلي، بتقدير احتياجات الطبية، ليوافق بين ما هو موجود في مخزونه، واحتياجات المصلحة الاستشفائية، وتكون

معالجة الطلبية بين الطلب والمخزون، دون النظر إلى نوعية الأدوية المطلوبة، ودون مناقشة الطلبية، من آثار جانبية للدواء... وكأن الطلبية أودعت لمحل غذائي... لا توجد نقاشات أو استفسارات... هذه هي يوميات اقتناء الأدوية بين المصالح و الصيدلية المركزية للمستشفى؛ بعيدا كل البعد عن النقاشات العلمية، حول آثار بعض الادوية، وطرح البدائل... ومناقشة كلفة الأدوية، لترشيد وعقلنة النفقات.

#### - الرقابة على الممرض أثناء إعطاء جرعات الأدوية:

بعد جلب الأدوية إلى المصلحة يقوم الممرض المناوب بالتحضير لإعطاء الأدوية للمرضى، حيث يقوم بكتابة الوصفات الطبية على ورقة، ثم يبدأ بتحضير الأدوية وفق الورقة التي أعدها لذلك، وعادة ما يضع الأدوية المطلوبة في صينية مخصصة لذلك، أو على عربة الأدوية، ثم يقوم بإعطاء الأدوية للمرضى وفق الرزنامة الزمنية المحددة، والتي عادة ما تكون مرة واحدة في اليوم، أو مرتين كل 12 ساعة، أو ثلاثة مرات كل 08 ساعات، أو أربعة مرات كل 06 ساعات؛ وأحيانا حسب نتائج التحاليل تعطى جرعات الأدوية، كما هو معمول به عند مريض السكري... وهنا يقع الخطأ خاصة مع كثافة العمل، لذلك يجب مراقبة الممرض القائم على إعطاء الأدوية للمرضى، بمساعدته في التحضير، ومساعدته في إعطاء الجرعات... وهناك آليات كثيرة للحد من هامش الخطأ... التي نراها غائبة تماما في مستشفى الجلفة، والجدير بالذكر أنه توجد قائمة من الأدوية تحتاج إلى رقابة عالية، من المفروض أن تكون بين أيدي الممرضين.

لذلك تقوم بعض الوكالات الوطنية- فرنسا - للسلامة من الأدوية والمنتجات الصيدلانية بإعداد قائمة بالأحداث التي لا يجب أن تحدث أبدا في منظمات الرعاية الصحية وهي قائمة تحمل كل المضاعفات والأخطاء التي يمكن أن تحدث هذه الأحداث هي أحداث سلبية خطيرة يمكن منعها ولم يكن ينبغي أن تحدث لو تم تنفيذ تدابير وقائية كافية.

ولذلك جاءت تصريحات عينة الدراسة موافقة تماما لما جاء في الفقرات السابقة، حيث كانت إجابات عينة الدراسة عن الفقرة " تقوم الرقابة التنظيمية على مراقبة استعمال الأدوية من حيث الوفرة والاستعمال العقلاني لها، مراقبة المخزون وشروط التخزين، مدة الصلاحية."، بنسبة 82.9% بأنه لا توجد رقابة على تسيير الأدوية داخل المصالح الاستشفائية بمستشفى الجلفة.

يضاف إلى هذا المعطى ندرة توفر بعض الأدوية فمثلا هناك أدوية حيوية وجودها أساسى وضرورى فى السير الحسن للمصالح وخاصة مصلحة الاستعجالات، وأحيانا تعجز الصيدلية المركزية بتوفير مثل هذه الأدوية، فتقوم بتوزيعه بكميات قليلة، مما يحدث ذلك هلعا للمرضى والأطباء والممرضين ويتزايد الطلب عليها، فيصبح مصدر الشكاوي، ويتوهم البعض بأنّ هذا الدواء يعطى بالمعارف والمحابة، وتقوم الشجارات والتدخلات.

الدواء هو بالفعل أحد مكونات برنامج جودة وسلامة الرعاية التي تنفذها إدارة المستشفى. ولضمان سلامة المريض وحسن استشفائه لابد من انسجام وتناسق العمل بين الطبيب والممرض والصيدلي والمريض، فتعدد العوامل تؤدي إلى حدوث الضرر. والعمل على بناء ثقافة دوائية جديدة في المجتمع **Culture Pharmaceutique**.

#### ب- الرقابة على الأجهزة الطبية:

الأجهزة الطبية هي أجهزة كهربائية، ميكانيكية...تساعد الفرق الطبية على القيام بعملهم على أكمل وجه، وتساعد المرضى على الشفاء بشكل أفضل وتوفر الراحة التامة، وتساعد بشكل كبير جدا على تشخيص الأمراض؛ وعموما يوجد نوعين من الأجهزة الطبية:

- **الأجهزة التشخيصية:** تستخدم في تشخيص المرض لدى المريض بسرعة ودقة عالية، نذكر منها جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي، جهاز التصوير بأشعة أكس، جهاز التصوير الطبقي المحوري، جهاز التصوير بالأمواج فوق الصوتية ...

- **الأجهزة العلاجية:** تساعد الأطباء في توفير العلاج المناسب للمريض، نذكر منها، منظم ضربات القلب، مزيل الرجفان ( جهاز الصدمة الكهربائية ) المناظير الطبية، جهاز غسيل الكلى ( الكلية صناعية ) ...

نظرا للدور الريادي الذي تلعبه الأجهزة الطبية في المستشفيات ومساهمتها في التشخيص أو العلاج كما سبق وأن أشرنا لذلك؛ حيث تم إنشاء مديرية فرعية تعزى لها مسؤولية شراء وصيانة العتاد الطبي، تضم فريقا من المهندسين في صيانة العتاد الطبي ومن لديهم دراية وخبرة في مجال الأجهزة الطبية لتبني دور أكثر فاعلية خصوصا في فحص الأجهزة الطبية قبل دخولها، وفي صيانتها أثناء عملها، وفي تصليحها أثناء تعطلها وتقسّم الصيانة إلى الصيانة الداخلية و الصيانة الخارجية:

- **الصيانة الداخلية:** وهي التي تتم داخل المستشفى عن طريق الفنيين والمهندسين والمتخصصين ( التابعين للمديرية الفرعية لصيانة العتاد الطبي )، أو عن طريق فنيين ومهندسين من الشركات الموردة للتجهيزات والآلات والمعدات، وقد تقوم المستشفى باستئجار أو بالتعاقد مع بعض الشركات أو الأفراد المتخصصون في الصيانة، وذلك لتنتم الصيانة داخل المستشفى.

- **الصيانة الخارجية:** وهي التي تتم خارج المستشفى عندما تقوم المنظمة مثلا بإصلاح آلة أو معدة لدى شركة متخصصة. كما انه يوجد نوعين من الصيانة:

**1 - الصيانة الوقائية:** وهي تلك الصيانة التي تتم دوريا طبقا لجدول زمني متفق عليه، وذلك بهدف التأكد من سلامة الآلة ومكوناتها وقطع غيارها، و إدراك أي عيوب بها، وذلك لضمان تدفق استمرار العمل فنيا وتشغيليا وإنتاجيا، ويعتبر هذا النوع من الصيانة أفضل من الصيانة العلاجية وذلك:

- لأنها تمنع وقوع الخطأ قبل وقوعه.

- لأنها تمنع تراكم الأخطاء وبالتالي تصحيحها أولا بأول.

- لأنها منظمة ومخططة فلا تسبب مشكلات إدارية أو إنتاجية أو مالية للمنظمة.

**2 - الصيانة العلاجية:** وهي الصيانة التي تتم حسب الحاجة، ولا شك أنّ بعض الأعطال قد تحدث مفاجئة نتيجة لخطأ في التشغيل أو الاستخدام أو سبب الكهرباء أو المياه أو حدوث حريق أو أي عطل مفاجئ، ولذلك يتدخل نظام الصيانة لإصلاح هذه الأخطاء والأعطال في أقل وقت ممكن.

وترى عينة الدراسة حول هذا المعطى بأنّ صيانة العتاد الطبي بمستشفى الجلفة غائبة تماما، والفريق المكلف بذلك لا يأتي إلاّ بعد تعطل الجهاز الطبي، ولا توجد بطاقات فنية للأجهزة الطبية والتي تتبع تاريخ العطل، وأسبابه، وماهي قطع الغيار التي تم إستبدالها وهذه المعطيات تساعد مهندس العتاد الطبي في تصليحها إذا ما تعطلت مرة أخرى، أي أن يوضع لكل جهاز طبي ملف؛ وهذا ما أكدته في إجابتها عن الفقرة " يقوم الجهاز الرقابي على مراقبة البطاقة الفنية للأجهزة الطبية ( سنة الإستعمال صلاحية الإستعمال، مدة العطل وسببه)."، بنسبة 86% بأنه لا يتم مراقبة ومتابعة صيانة الأجهزة الطبية.



الأجهزة الطبية - كما تشير المنظمة العالمية للصحة - هي من الموارد التي تؤثر بشكل مباشر على حياة البشر، أنها تتطلب استثمارات كبيرة وغالبا ما تكون لها تكاليف صيانة عالية، لذلك من الضروري أن يكون لديك برنامج صيانة ( وقائي وعلاجي ) تم التخطيط له و إدارته بعناية، وضمان الاستخدام الأمثل لها وتحسين جودتها، مثل هذا البرنامج يجعل من الممكن أيضا تمديد العمر الإنتاجي للمعدات والأجهزة الطبية وتقليل تكلفة مليكتها، فينعكس ذلك على جودة أداء المستشفى.

### إستنتاج الفرضية الثالثة:

تعتبر النتائج التي يتوصل إليها أي باحث نسبية إلا أنّ التحليل الإحصائي يمكنه إعطاء تصورات بناءة خاصة ما تعلق بالفرضيات فيمكن القول أنّ حزمة الآليات التي تتبناها مستشفى الجلفة، والتي رصدناها من استجابات عينة الدراسة بغية مناقشة مستوى الرقابة التنظيمية التي تمارسها إدارة هذه المؤسسة، لضمان تنفيذ خطة سير العمل حسب مقتضيات البرنامج الموضوع والعمل على تصحيح ومنع الأخطاء وتدارك مكامن الضعف التي من شأنها أن تعمل على تحسين نوعية الخدمات الصحية وبالتالي المساعدة على تقديم خدمة صحية ترقى إلى مستوى تطلعات المجتمع؛ حيث كانت النتائج لأهم النقاط التي تطرقنا إليها في هذا المحور كالتالي:

□ لقد اعتمدنا في بداية هذا المحور مناقشة الأهمية التي تكتسيها الرقابة التنظيمية داخل التنظيم الصحي، لكون الرقابة تحمل دلالات اجتماعية سلبية لدى الأفراد الذين تمارس عليهم ، فما كان لنا إلا أنّ نرى استجابات عينة دراستنا حول هذا المدلول فكانت نتائج استجابات عينة الدراسة إيجابية، لتعكس لنا وعي عينة الدراسة حول هذا المفهوم وإدراكها لأهميته داخل التنظيمات الصحية:

الاتجاه العام لعينة الدراسة أقرّ بدور الرقابة وبنسب مئوية كالتالي:

- بالدور الفعّال للرقابة في تحسين الأداء في المنظمة بنسبة 84.9 %.

- للرقابة دور مركزي في الحد من وقوع في الأخطاء بنسبة 82.8 %.

- بالدور الفعّال للرقابة في الحد من التسبب واللامبالاة في المنظمة بنسبة 84 %.

□ الرقابة على أداء الفريق الطبي في مستشفى الجلفة: وتمّ معالجتها إحصائيا من خلال

المؤشرات التالية:



☒ استقبال المريض وعائلته باعتباره ( الاستقبال ) جزء لا يتجزأ من الرعاية من الرعاية الصحية يتم تعلمه وتطويره في جودة الرعاية الصحية، حيث اجابت نسبة 77.6% من عينة الدراسة بأنه لا توجد إلزامية على الفريق الطبي بحسن استقبال المرضى وذويهم

☒ النشاط ( قياس الثوابت الحيوية... ) المنوط بالمهام اليومية للمرض، كونه ( النشاط ) الطريق المساهم في الوصول إلى تشخيص صحيح وبناء خطة علاج مناسبة؛ إذ ترى نسبة 46.5% من عينة الدراسة بأنه لا توجد رقابة على ممارسات الممرض في أخذه لقياسات الثوابت الحيوية وغيرها.

☒ النشاط المنوط بالمهام اليومية للأطباء: من خلال المؤشرين المهمين بل والأساسيين في نظام جودة الرعاية الصحية، التشخيص وخطة العلاج:

- التشخيص: ترى نسبة 73.3% من عينة الدراسة بأنه لا توجد رقابة على التشخيص الذي يضعه الطبيب القائم على حالة المريض، ويفيد هذا المعطى الإحصائي أنّ الفريق الطبي بالجلفة يعمل دون التأكد من صحة التشخيص الذي يقدمه الطبيب المعالج.

- خطة العلاج: ترى نسبة 81.2% من عينة الدراسة بأنه لا توجد رقابة على الخطة العلاجية التي تبناها الطبيب المعالج والفريق المشرف على المصلحة الاستشفائية يضاف إلى ذلك أنّ نسبة 72.1% من عينة الدراسة بأنه لا توجد رقابة على طرق تقديم العلاج لضمان سلامة المريض.

#### □ - تقييم الأداء في مستشفى الجلفة:

تقييم الأداء في المؤسسة يساعد على التعرف على جوانب القوة والضعف في الأداء وتحديد كيف يمكن تجنب الضعف بإستثمار جوانب القوة في الوقت الحالي وفي المستقبل للوصول إلى أعلى درجة كفاءة الأداء للتحسين المستمر في الخدمة وأسفرت نتائج إستقصاء عينة الدراسة على أنّ مستشفى الجلفة بنسبة 74.7% لا توجد رقابة على نظام الأداء في المصالح الإستشفائية بمستشفى الجلفة، كما أكدت نتائج الإحصائية التي تحاكي هذا المعطى، وذلك من خلال قياس المؤشرات التالية:

☒ المظهر اللائق لمقدم الخدمة الصحية: فالاهتمام بحسن المظهر الخارجي يعد أمراً مهما لهيئة الشخص وطريقة لباسه ولغة جسده في تكوين العلاقات الإجتماعية أو المهنية، وفي إعطاء صورة جميلة وجيدة عن أنفسهم لدى الآخرين، وفي هذا السياق ترى نسبة 56.4%

من عينة الدراسة بأن مستشفى الجلفة لا يلزم الفريق الطبي بلبس هندام أنيق ولائق بمظهر مقدم الخدمة.

☒ **السجلات الطبية** التي تعد أحد آليات الرقابة ووسيلة لتقييم الأداء، كونها المصدر الأساسي للبيانات الطبي؛ فهي وثيقة قانونية بالدرجة الأولى تشتمل على معلومات طبية وتمريضية، وإدارية، تغطي كافة الجوانب المتعلقة بالحالة المرضية التي يعاني منها المريض؛ وفي هذا السياق ترى نسبة 71.5% من عينة الدراسة بأن المشرفين بمستشفى الجلفة لا يقومون بمراقبة السجلات الطبية.

☐ **الرقابة على الموارد المادية المساهمة في نجاح أداء الموارد البشرية:** إن توافر بعض الموارد يقع على سلم الأولويات في نظام الرعاية الصحية، كتوفر الأدوية والأجهزة الطبية، وغيرها من الموارد التي تناولناها في محور الجودة والرقابة عليها يعد ضرورة ملحة للتقليل من التكلفة ومحاربة الهدر و ضمان أمن وسلامة المريض، كفيلة بانعكاسها على مستوى جودة الخدمة التي تقدمها المستشفى وضمن هذا السياق كانت نتائج استجابات عينة الدراسة:

☒ **الرقابة على إدارة الدواء:** يرتبط نجاح إستشفاء المرضى بتوفر الدواء بشكل دائم دون إنقطاع وبالكميات المناسبة، ولضمان سلامة المريض وحسن إستشفائه لابد من إنسجام وتناسق العمل بين الطبيب والممرض والصيدلي والمريض، فتعدد العوامل تؤدي إلى حدوث الضرر، هذا ما يجب أن يكون في حين ترى عينة الدراسة بنسبة 82.9% بأنه لا توجد رقابة على تسيير الأدوية داخل المصالح الإستشفائية بمستشفى الجلفة.

☒ **الرقابة على الأجهزة الطبية:** هي من الموارد التي تؤثر بشكل مباشر على حياة البشر، أنها تتطلب استثمارات كبيرة وغالبا ما تكون لها تكاليف صيانة عالية، لذلك من الضروري أن يكون لديك برنامج صيانة ( وقائي وعلاجي ) تم التخطيط له و إدارته بعناية، وضمن الاستخدام الأمثل لها وتحسين جودتها، مثل هذا البرنامج يجعل من الممكن أيضا تمديد العمر الإنتاجي للمعدات والأجهزة الطبية وتقليل تكلفة ملكيتها، فينعكس ذلك على جودة أداء المستشفى، بنسبة 86% بأنه لا يتم مراقبة ومتابعة صيانة الأجهزة الطبية.

لقد قام الباحث بقياس الآليات والوسائل الرقابية التي تستخدمها التنظيمات الصحية والتي تضمن تنفيذ خطة سير العمل حسب مقتضيات البرنامج الموضوع والعمل على

تصحيح ومنع الأخطاء وتدارك مكامن الضعف والتي من شأنها أن تساهم في تحسين الأداء بغية تحقيق جودة الخدمة الصّحية؛ فكانت النتيجة التي صرح بها افراد عينة الدراسة: بأنّ المنظومة الرقابية التي تمارسها مستشفى الجلفة منخفضة لا تعمل على تحسين الأداء بنوعيه المؤسسي والفردى، وهذا ما تدل عليه النتيجة الإحصائية المتحصل عليها في الجدول التالي:

**الجدول رقم (64):** يوضح النتائج الإحصائية لمحور الرقابة التنظيمية.

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المحور
الرقابة التنظيمية	39.60	8.98	منخفض

المصدر: المعطيات الإحصائية لـ SPSS

#### الصياغة الإحصائية للفرضية الثالثة:

من خلال هذه الدراسة لا سيما ما تعلق بالفرضية الثالثة يمكن القول أنّ هناك علاقة ارتباط قوية طردية موجبة بين الرقابة التنظيمية وجودة الخدمة الصّحة في مستشفى الجلفة حيث كانت القيمة الاحصائية لجودة الخدمة الصّحية مقدرة بـ: متوسط حسابي 39.63 وبانحراف معياري 9.88، وبناء على النتيجة الاحصائية المتعلقة بالرقابة التنظيمية والمقدرة بـ: متوسط حسابي 39.60، وانحراف معياري 8.98، فإننا من خلال حساب معامل الارتباط Spearman والذي أسفر على نتيجة 0.356، يمكن أن نستنتج أنّ هناك علاقة ارتباط قوية طردية موجبة بين الرقابة التنظيمية وجودة الخدمة الصّحة في مستشفى الجلفة بمعنى أنّه كلّما انخفض مستوى الرقابة يقابلها انخفاض والعكس صحيح أي كلّما ارتفع مستوى الرقابة ارتفع مستوى الجودة، والنتيجة المتحصل عليها هو انخفاض مستوى الرقابة أصبح يقابله انخفاض في مستوى جودة الخدمة الصّحية كما هو مشار إليه في الجدول التالي:

الجدول رقم (65): يوضح النتائج الإحصائية للرقابة التنظيمية وجودة الخدمة الصحية ومعامل الارتباط Spearman.

الارتباط (Spearman)	المتوسط الحسابي لجودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي الرقابة التنظيمية
0.356**	39.63	39.60

المصدر: المعطيات الإحصائية ل Spss

ومن خلال ما سبق نستنتج أنّ الفرضية الثالثة التي مفادها: ضعف آليات الرقابة في التنظيم الصحي لمعرفة انحرافات الاداء وسلوك الفاعلين وتصحيحها في حينها وتجنب تكرارها وهذا لضمان أمن وسلامة المرضى من شأنه أن يحول دون تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة، قد تحققت.

خامسا - عرض ومناقشة نتائج محور الثقافة التنظيمية وارتباطه بنتائج جودة الخدمة  
الصّحية:

ا : التحليل الإحصائي للبيانات الميدانية المتعلقة بمتغير الثقافة التنظيمية:

الجدول رقم (66): يوضح التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة بالثقافة التنظيمية.

تقدير العبرة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		العبارة
			%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
غير موافق بشدة	0.90	1.60	1.5	5	4.7	16	5.8	20	28.2	97	59.9	206	<b>1</b>
غير موافق بشدة	0.94	1.67	1.2	4	6.4	22	6.7	23	29.7	102	56.1	193	<b>2</b>
محايد	0.75	1.52	1.2	4	1.2	4	4.9	17	34.3	118	58.4	201	<b>3</b>
محايد	1.08	2.43	2.0	7	15.7	54	30.2	104	27.6	95	24.4	84	<b>4</b>
غير موافق	1.10	3.19	2.9	10	50.6	174	21.2	73	13.4	46	11.9	41	<b>5</b>
محايد	0.87	1.56	1.5	5	4.4	15	3.8	13	29.1	100	61.3	211	<b>6</b>
محايد	0.90	1.66	1.2	4	4.9	17	7.0	24	32.8	113	54.1	186	<b>7</b>
غير موافق بشدة	0.86	1.64	1.7	6	2.0	7	8.4	29	34.0	117	53.8	185	<b>8</b>
غير موافق	0.96	3.23	2.9	10	43.9	151	33.7	116	12.2	42	7.3	25	<b>9</b>
غير موافق	0.91	3.28	3.2	11	44.5	153	34.6	119	12.8	44	4.9	17	<b>10</b>

بشدة													
غير موافق بشدة	0.94	2.58	1.7	6	15.4	53	32.6	112	39.2	135	11.0	38	<b>11</b>
غير موافق بشدة	0.98	2.74	2.3	8	19.2	66	41.0	141	25.6	88	11.9	41	<b>12</b>
موافق	0.93	2.70	1.5	5	13.1	45	54.1	186	16.6	57	14.8	51	<b>13</b>
محايد	0.94	1.73	1.2	4	7.8	27	3.8	13	37.2	128	50.0	172	<b>14</b>
محايد	1.25	2.54	2.6	9	32.8	113	6.1	21	33.1	114	25.3	87	<b>15</b>
غير موافق بشدة	0.78	1.64	0.9	3	2.3	8	6.4	22	40.7	140	49.7	171	<b>16</b>
غير موافق بشدة	0.80	1.60	0.9	3	2.6	9	7.0	24	34.6	119	54.9	189	<b>17</b>
محايد	0.78	1.56	0.9	3	2.3	8	5.5	19	34.3	118	57.0	196	<b>18</b>
محايد	1.04	3.54	13.1	45	48.3	166	25.3	87	6.1	21	7.3	25	<b>19</b>
غير موافق	0.95	3.16	3.2	11	36.6	126	41.6	143	10.2	35	8.4	29	<b>20</b>
محايد	0.99	3.13	4.4	15	33.7	116	42.2	145	10.5	36	9.3	32	<b>21</b>

المصدر: استمارة البحث ( المحور السادس )

من خلال البيانات الإحصائية المعروضة في الجدول أعلاه، نلاحظ أن عينة الدراسة تعتبر الثقافة التنظيمية من العوامل المساهمة في تحسين الأداء والدافعة إلى تحقيق جودة الخدمة؛ حيث يرى أفراد عينة الدراسة أن المنظومة القيمية والفلسفة التي يتبناها و يقدمها

المستشفى لا ترقى إلى المستوى الذي يخدم النسق الطبي والمريض فكانت إجاباتهم تميل بين اتجاهين بين الرفض بشدة والرفض لمقترحات أو لعبارات المقياس، ومنه تم ترتيب هذه الفقرات كما يلي:

□ صنفت الفقرة الأولى من المقياس " **تنظر المستشفى الى الموظف كمورد هام له قيمة.**" في المرتبة الثانية لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة بنسبة 59.9%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.60، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.90 ويضاف لهذه النسبة، نسبة 28.2% من المبحوثين التي أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 88.1% بأنّ القائمين على إدارة المستشفى لا ينظرون إلى العامل للمورد البشري كقيمة ذو أهمية وألوية في المؤسسة.

□ صنفت الفقرة الثانية من المقياس " **تعتبر المستشفى العمل والإنجاز كقيمة ذات أهمية بالغة.**" في المرتبة الخامسة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 56.1%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.67 وبانحراف معياري يقدر بـ 0.94. ويضاف لهذه النسبة، نسبة 29.7% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى عينة الدراسة بنسبة 85.8% بأنّ القائمين على إدارة المستشفى لا يولون أهمية للعمل والإنجازات.

□ صنفت الفقرة الثالثة من المقياس " **يهتم المدراء بالموظفين من أجل زيادة كفاءاتهم ومتابعة إنجازاتهم.**" في المرتبة الثالثة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 58.4%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.52، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.75، ويضاف لهذه النسبة، نسبة 34.3% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبهذا ترى عينة الدراسة المقدرة 92.7% بأنّ القائمين على إدارة المستشفى لا يهتمون بإنجازات الموظفين ولا حتى بالرفع من قدراتهم الخدمائية.

□ صنفت الفقرة الرابعة من المقياس " **يوجد إتفاق عام في المستشفى على أهمية أوقات العمل.**" في المرتبة الثانية عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 24.4%، وبمتوسط حسابي بقيمة 2.43، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.08؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 27.6% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تقر عينة الدراسة بنسبة 52% بعدم وجود إتفاق عام حول أهمية

أوقات العمل، وفضلت نسبة 30.2% من المبحوثين عن موقف الحياد؛ في حين رأت نسبة 17.7% من عينة الدراسة على أنه يوجد إتفاق عام حول أهمية أوقات العمل.

□ صنفت الفقرة الخامسة من المقياس " يركز عمل المستشفى على خدمة المريض والمريض فقط." في المرتبة الرابعة عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 11.9%، وبمتوسط حسابي بقيمة 3.19 و بانحراف معياري يقدر ب 1.40؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 13.4% من المبحوثين التي أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى 25.3% من المبحوثين بعدم اهتمام المستشفى بالمريض وانشغالاته، في حين ترى نسبة 53.5% من عينة الدراسة بأنّ المستشفى تهتم بالمريض وشؤونه وانشغالاته.

□ صنفت الفقرة السادسة من المقياس " جودة الخدمة الصحية أولوية داخل المستشفى." في المرتبة الأولى عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 61.3%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.56، و بانحراف معياري يقدر ب 0.87 ويضاف لهذه النسبة، نسبة 29.1% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى 90.4% من عينة الدراسة عدم وضع إدارة المستشفى جودة الخدمة الصحيّة ضمن إهتماماتها.

□ صنفت الفقرة السابعة من المقياس " يتعامل المديرون مع الموظفون كأعضاء أسرة واحدة." في المرتبة السابعة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 54.1%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.66، و بانحراف معياري يقدر ب 0.90؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 32.8% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى 79.1% من عينة الدراسة أنّ المديرين والموظفين تربطهم علاقة العمل، بمعنى أنّها لا تتعدى إلى مسافات تكوين الصداقة.

□ صنفت الفقرة الثامنة من المقياس " توفر المستشفى جو ملائم لتطوير وتحسين الخدمات الصحية." في المرتبة الثامنة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 53.8%، وبمتوسط حسابي بقيمة 1.64، و بانحراف معياري يقدر ب 0.86؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 34% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون



الفقرة، وبذلك ترى 87.8% من عينة الدراسة أن مناخ العمل داخل المستشفى بالجلفة لا يعمل على تطوير وتحسين الخدمات الصحية.

□ صنفت الفقرة التاسعة من المقياس " يسود جو التعاون بين بين الزملاء لحل المشكلات التنظيمية وحتى الشخصية." في المرتبة السابعة عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 7.3% وبمتوسط حسابي بقيمة 3.23، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.96؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 12.2% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة وبذلك ترى 19.5% من عينة الدراسة أنه لا يوجد تعاون فيما بين زملاء العمل؛ وفي المقابل ترى نسبة 45.8% من المبحوثين أنه يوجد تعاون بين الزملاء قد تتعدى لتقديم المساعدة خارج إطار العمل، في الحين فضلت نسبة 33.7% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة العاشرة من المقياس "يعمل الجميع كفريق متكامل - طبيب ممرض- لخدمة مصلحة المريض." في المرتبة الواحد والعشرون لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 4.9% وبمتوسط حسابي بقيمة 3.28 وبانحراف معياري يقدر بـ 0.91؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 12.8% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى 17.7% من عينة الدراسة أن النسق الطبي يعمل كأفراد وليس كفريق وفي المقابل ترى نسبة 47.7% من المبحوثين أن عمل النسق الطبي بالمستشفى يتميز بالعمل كفريق متكامل بين الطبيب والممرض، في الحين فضلت نسبة 34.6% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الحادية عشر من المقياس "يقوم الأطباء في رسم خطة لعلاج المرضى من التشخيص إلى العلاج ( حلقات لنقاش حالة المرضى)." في المرتبة السادسة عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 11% وبمتوسط حسابي بقيمة 2.58، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.94؛ ويضاف لهذه النسبة نسبة 39.2% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى 50.2% من عينة الدراسة أنه لا توجد حلقات للنقاش بين الأطباء لدراسة حالة المريض من التشخيص إلى العلاج؛ في الحين فضلت نسبة 32.6% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثانية عشر من المقياس "يلتزم الممرضون بتنفيذ تعليمات الطبيب بحذافيتها بعد النقاش." في المرتبة الخامسة عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 11.9% وبمتوسط حسابي بقيمة 2.74، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.98؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 25.6% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى 37.5% من عينة الدراسة أنه لا يتم مناقشة الممرضين في خطة العلاج التي يرسمها الأطباء؛ وفي المقابل ترى نسبة 21.5% من المبحوثين أنه يتم مناقشة الممرض في خطة العلاج لينفذ بدوره مقترحات الأطباء عن قناعة؛ في الحين فضلت نسبة 41% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الثالثة عشر من المقياس " يلتزم الموظفون بتنفيذ الأعمال المطلوبة منهم حسب اللوائح والأنظمة." في المرتبة الثالثة عشر لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 14.8% و بمتوسط حسابي بقيمة 2.70، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.93؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 16.6% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى 31.4% من عينة الدراسة أن الموظفين بمستشفى الجلفة لا يلتزمون بتنفيذ اللوائح والتعليمات الصادرة عن الإدارة؛ وفي المقابل ترى نسبة 14.6% من المبحوثين أن الموظف بمستشفى الجلفة ينفذ التعليمات واللوائح الإدارية، في الحين فضلت نسبة 54.1% موقف الحياد.

□ صنفت الفقرة الرابعة عشر من المقياس "يقوم المستشفى بين الفينة والأخرى بتنشيط ندوات وملتقيات طبية لتحسين الخدمات الصحية." في المرتبة التاسعة لدى أفراد عينة الدراسة، الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 50% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.73، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.94؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 37.2% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك ترى 87.2% من عينة الدراسة أن مستشفى الجلفة لا يقوم بتنظيم ندوات وملتقيات طبية؛ وفي المقابل ترى نسبة 9% من المبحوثين أن المستشفى تقوم بتنظيم ملتقيات وندوات طبية بين الفينة والأخرى.

□ صنفت الفقرة الخامسة عشر من المقياس " تقوم المستشفى بعقد شراكة مع المستشفيات الكبرى (توأمة) لتحسين مستوى الخدمة الصحية." في المرتبة الحادية عشر لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة ، بنسبة 25.3% وبمتوسط

حسابي بقيمة 2.54، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.25؛ ويضاف لهذه النسبة ، نسبة 33.1% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير 58.4% من عينة الدراسة أنّ المستشفى لا تتعاقد مع مستشفيات كبرى لتحسين مستوى الخدمات الصحية؛ وفي المقابل ترى نسبة 33.4% من المبحوثين أنّ المستشفى تقوم بعقد شراكة مع بعض المستشفيات الكبرى من أجل تحسين الخدمة الصحية.

□ صنفت الفقرة السادسة عشر من المقياس " تقوم المستشفى بعقد شراكة مع المستشفيات الكبرى (توأمة) لإكساب النسق الطبي الخبرة والمهارة . " المرتبة العاشرة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 49.7% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.64، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.78؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 40.7% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير 90.4% من عينة الدراسة أنّ المستشفى لا تتعاقد مع مستشفيات كبرى من أجل إكساب النسق الطبي الخبرة والمهارة.

□ صنفت الفقرة السابعة عشر من المقياس " يعمل الفريق الطبي على إرساء مبادئ الجودة والإتقان. " في المرتبة السابعة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 54.9% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.60، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.80؛ ويضاف لهذه النسبة ، نسبة 34.6% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير 89.5% من عينة الدراسة أنّ الفريق الطبي لا يقوم بزرع مبادئ الجودة والإتقان.

□ صنفت الفقرة الثامنة عشر من المقياس " يعمل المسؤولون في إدارة المستشفى على إرساء مبادئ الجودة والإتقان . " في المرتبة الرابعة لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 57% وبمتوسط حسابي بقيمة 1.56، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.78؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 34.3% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير 91.3% من عينة الدراسة أنّ المسؤولين في المستشفى لا يعملون على غرس مبادئ الجودة والإتقان.

□ صنفت الفقرة التاسعة عشر من المقياس " أحظى في المستشفى بالإحترام والتقدير من قبل المسؤولين وزملاء العمل. " في المرتبة الثامنة عشر لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا

بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 7.3% وبتوسط حسابي بقيمة 3.54، وبانحراف معياري يقدر بـ 1.04؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 6.1% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير 13.4% من عينة الدراسة أن المستجوب لا يحظى بالاحترام والتقدير داخل المؤسسة، وفي المقابل تشير نسبة 61.4% أن المبحوث يحظى بالاحترام والتقدير بين المسؤولين والزملاء.

□ صنفت الفقرة السادسة عشر من المقياس " إذا أستدعيت لتقديم المساعدة بالمصلحة التي أعمل بها وكنت خارج دوام العمل استجيب عن طيب خاطر." في المرتبة العشرين لدى أفراد عينة الدراسة الذين أجابوا بغير موافق بشدة عن مضمون الفقرة، بنسبة 8.4% وبتوسط حسابي بقيمة 3.16، وبانحراف معياري يقدر بـ 0.95؛ ويضاف لهذه النسبة، نسبة 10.2% من المبحوثين أجابت بغير موافق عن مضمون الفقرة، وبذلك تشير نسبة 18.6% من المبحوثين أنهم لا يستجيبون لنداء تقديم المساعدة للعمل في مصالحهم وكانوا خارج الدوام؛ بينما رأت نسبة 39.8% من عينة الدراسة أنها تستجيب عن طيب خاطر في حالة ما إذا طلب منهم المساعدة للعمل في مصالحهم بالرغم من أنهم خارج الدوام، في حين فضلت نسبة 41.6% من المبحوثين موقف الحياد.

## II - التحليل السوسيولوجي للبيانات الميدانية المتعلقة بمتغير الثقافة التنظيمية:

بنفس الطريقة التي تبناها في محور تحليل جودة الخدمة الصحية، وذلك بتقسيم محور الرقابة الى أبعاد، حفاظا على رصانة النص والتحليل، وتجنب التكرار وحتى نعطي للتحليل بعده الحقيقي، وعليه تم تقسيم محور الثقافة التنظيمية:

**01- تشجيع ثقافة العمل و الإنجاز بمستشفى الجلفة:**

في بداية هذا المحور أراد الباحث أن يعرف مدى إدراك الفاعل في مستشفى الجلفة للقيمة التي يعطيها لهم التنظيم، وهذا من منطلق بأنّ ( الفرد ) العامل بالنسبة للمؤسسة المحرك الأساسي الذي تقوم عليه مسألة التنمية والتطور على كافة الأصعدة، فالموظف الذي يعتبر المورد الهام بالنسبة للمؤسسة هو جزء مهم من هذه الأخيرة بحيث لا يمكن الفصل أحدهما عن الآخر فهو أساس التفاعل المستمر مع تلك الظروف الفيزيائية حيث تجده في صراع مستمر كي يضمن بقاءه و إستمراره في العمل للحفاظ على مكانته بالمؤسسة.

إنّ هذه الدراسة التي قمنا بها في المؤسسة الاستشفائية بالجلفة، والتي توغلنا بين مختلف مصالحها، محاولين الوقوف على أهم النقاط، إذ لمسنا مصالح وأقسام طبيعة عملها تتميز بالخطورة، إذ تتطلب قدرة تامة وجهد كبير للقيام بهذه الأعمال، حيث نجد بعض العمال يعملون في أماكن ربما قد يكون لها تأثير على صحتهم، فمثلا عمال الإستعجالات، الذين يتعرضون لضغوط عمل عالية تحت طائلة العنف بنوعيه اللفظي والجسدي... عمال مصلحة العدوى ، وخاصة مع ظهور جائحة كورونا يعرضون أنفسهم إلى الموت... أو حتى ما تعلق بالعمال المهنيين البسطاء، لاسيما عمال النظافة الذين بدورهم يتعرضون إلى العدوى في ظروف عدم خضوعهم للتكوين والتدريب لتقادي تلقي العدوى في المستشفى... (هذا بعض ما لمسناه في ميدان الدراسة )، وبالرغم من هذه الظروف، فقد صرحت عينة الدراسة بنسبة 88.1% بأنّ القائمين على إدارة المستشفى لا ينظرون إلى العامل ( المورد البشري ) كقيمة ذو أهمية وألوية في المؤسسة.

فالاستثمار الأمثل يكون بالاشتغال على الموظفين للأسف كانت الفكرة التقليدية القديمة قائمة على التركيز على المؤسسة والزيائن و غرض النظر عن الموظف الذي يعتبر الأساس في نجاحها حيث باتت هذه النظرة غير مثمرة وأفرزت تحديات سلبية لذلك يتطلب من الإدارة الحديثة في أي مؤسسة إحداث تغيير على هذا النهج العقيم.

هذا وقد أجابت عينة الدراسة حول إهتمام إدارة المستشفى بالمنجزات والأعمال التي يقوم بها الفاعل داخل المستشفى، إذ ترى عينة الدراسة بنسبة 85.8% بأنّ القائمين على إدارة المستشفى لا يولون أهمية للعمل والإنجازات، ليشير المعطى الإحصائي بأنّ إدارة المؤسسة

لا تهتم لا بالموظف ولا حتى بالمؤسسة، وهذا يدل على غياب تام للاستراتيجية، وهذا يعود لكونها مؤسسة عمومية، لا تحتاج إلى الربح أو البقاء فهي مدعمة من طرف الدولة لا تخشى الزوال. وفي نفس السياق تشير عينة الدراسة بنسبة 90.4% بأن إدارة المستشفى لا تضع جودة الخدمة الصحية ضمن إهتماماتها، وهذا منطقي بالنظر إلى الاستجابات السابقة؛ ويجب أن نشير أن مستشفى الجلفة في سياقه التاريخي عرف مستوى خدماتي لا بأس به من ناحية الأداء في سنوات مضت، حيث كان يتكون من كوكبة من الفاعلين، الذين تركوا بصماتهم إلى يومنا هذا، والذين كانوا بحق ايقونات في العمل الصحي، إذ كانوا لا يغادرون مكان عملهم إلا بعد إنهاء العلاج، وترك المريض وهو في صحة جيدة أو الأقل التخفيف من آلامه؛ وإلى اليوم مازال بعض من عمل معهم يحافظون على بعض التقاليد والأعراف المهنية التي ورثوها عنهم، وهذا يتوافق مع التراث النظري القائل أن شبكة الوظائف التي تُشكل المنظمة تستمر حين يتركها أولئك الذين يشغلونها ويذهبون ليحل محلهم آخرون... لقد كانوا يمارسون الرقابة اللصيقة بكل العمال، ولا يتجرأ أحد على عدم تنفيذ كل ما يطلبونه، أعطتهم إدارة المستشفى كل الصلاحيات...حتى كنا نرى فيهم الأبوة، تنفذ ولا تتكلم، و إذا قرروا طرد أي عامل، فما على الإدارة إلا تنفيذ ذلك، ولا يعود للعمل إلا بعد أن ينتازل له المراقب الطبي؛ وهذا الإجراء كان سنة في المجتمع المحلي ككل، فعندما يقرر كبار السن فما على الصغار إلا التنفيذ، كما أن المراقب الطبي إذا رأى كثافة العمل عالية فإنه يستدعي أي ممرض أو طبيب للعودة إلى العمل، حتى وإن كان في عطلة أو في أيام راحته وما عليه إلا الطاعة؛ وفي نفس هذا السياق أجابت عينة الدراسة عن مدى أهمية الوقت في مستشفى الجلفة بنسبة 52% ترى بعدم وجود إتفاق عام حول أهمية أوقات العمل كون الوقت في المستشفى له أهمية بالغة، فأني تأخر في التدخل يعني العجز أو حتى الموت، فتقديم العلاج في الوقت المناسب يعني إنقاذ حياة؛ كل الإجراءات في المستشفى تعتمد على عامل الزمن: يعطى الدواء في الوقت المحدد كل 06 ساعات أو 08 ساعات ... مدة العلاج تخضع للوقت مدة 24 ساعة...كمية الدواء تعطى في بعض الحالات بالوقت 20 قطرة في كل دقيقة لمدة ساعتين...العملية الجراحية تجرى في الوقت المناسب أي تأخر يؤدي إلى المضاعفات، العلاج يكون بالوقت soins...الإنضباط بالوقت جزء من العلاج.

فالإدارة الحديثة هي التي تضع الموظف نصب عينيه ولا تضع القرارات الخاصة بسياسة المؤسسة إلا بإشراكه حتى يشعر بملكته المؤسسة التي يعمل بها ويتحمل بالتالي مسؤولية إنجاحها بكل قواه، وعليها أن لا تتجراً على وضع اهداف لا يقدر الموظف على ترجمتها بحيث تفوق قدرته لذلك من الضروري التخلص من هذه النزاعات السلبية التي تستند إليها الكثير من المؤسسات التي إما إدارتها تؤول إلى السقوط أو تؤول هي بنفسها إلى الحضيض.

وهذا ما أكدته عينة الدراسة بنسبة 92.7% بأنّ القائمين على إدارة المستشفى لا يهتمون بإنجازات الموظفين ولا حتى بالرفع من قدراتهم الخدمتية؛ هذا من جهة ومن جهة أخرى ترى عينة الدراسة بنسبة 53.5% بأنّ إدارة المستشفى لها اهتمامات فيما يخص شؤون المرضى وهذا قد يعود الى الضغوط المجتمعية التي يعيشها القطاع، فقد تعرض المستشفى للكثير من الاحتجاجات، نتيجة الإهمال وسوء الاستقبال، وعدم العناية بالمرضى، كما لعبت شبكات التواصل الإجتماعي تأثيرا كبيرا في تغيير المشهد في مستشفى الجلفة.

وملخص ذلك بأنّ المنظمات وجهات العمل التي تقدر موظفيها، وتشعرهم بقيمتهم، هي التي تبني الولاء والالتزام والرضا في نفوس موظفيهم، فإذا خلت أية جهة من تقدير العاملين فيها، وتعاملت معهم وكأنّما هم أجراء لديها فهي بيئات طاردة للكفاءات، منفرة للطاقات منحرفة عن طريق التطوير والتحديث.

## 2- تشجيع ثقافة بناء فرق العمل بمستشفى الجلفة:

يؤكد أحد الاختصاصيين في طب المجتمع والصحة العامة، دارين شبير، في مقاله المعنون ، بيئة العمل الإيجابية مركز إبداع، بصحيفة البيان الإماراتية نشر بتاريخ 1 أكتوبر 2015. بالقول: "إنّ بيئة العمل الإيجابية تولّد الإبداع؛ فالأجواء الإيجابية تزيد جودة العمل والإنجاز. ويضيف أنّه خلال أحد لقاءاته بفريق عمله، سأل أعضاء فريق عمله عن أهم ما يبحثون عنه في بيئة العمل، فذكروا أربع نقاط هي: التواصل والثقة والاهتمام والجو الأسري، فالموظف بحاجة إلى التواصل الإيجابي مع زملائه ومرؤوسيه في العمل، كما يحتاج إلى الشعور بثقة من حوله به وبقدراته وإمكاناته، وهذا يدفعه إلى عطاء أكبر، إضافة إلى حاجة الموظف للشعور باهتمام من حوله به وتقديرهم له، والرغبة في العمل ضمن جو أسري يسوده الود والاحترام؛ وهذا المعطى الذي قدمه هذا الإختصاصي طرحناه على المحك،



فكانت إستجابات عينة دراستنا، من خلال الفقرة " يتعامل المديرون مع الموظفون كأعضاء أسرة واحدة " إذ ترى نسبة 79.1% أنّ المديرين والموظفين تربطهم علاقة العمل فقط ، بمعنى أنّها لا تتعدى إلى مسافات الصداقة؛ وفي نفس السياق أكدت عينة بحثنا بنسبة 87.8% أنّ مناخ العمل داخل المستشفى بالجلفة لا يعمل على تطوير وتحسين الخدمات الصحيّة.

لقد بات من المسلم به بأنّ العمل في المستشفيات لا يعتمد كلية على يدي الطبيب بمفرده، وإنّما يقوم به فريق متكامل يرأسه الطبيب؛ ولذلك تهتم الإدارات الصحيّة الحديثة بإدارة فرق العمل، لكونها من أهم الموضوعات التي تساهم في تنمية قدرات الأفراد وتساهم في فعالية المجتمعات ونجاحها، إذ أنّ إنتماء الفرد لفريق ما ويتفاعل ويتواصل مع أعضائه يعكس قدرته على الأداء والفعالية وتغيير سلوكه إلى الأحسن، وهو أمر غاية في الأهمية خاصة بالنسبة للإدارة، وذلك لأنّ سلوك الأفراد يتأثر بسلوك وأفكار فريق العمل الذي ينتمي إليه أعضاء المجموعة الديناميكية.

ولذلك نحاول مناقشة نقطتين مهمتين أولاً مدى اهتمام المستشفى بتكوين فرق العمل، وثانيهما مدى إهتمام الأفراد داخل مستشفى الجلفة بتكوين فرق العمل:

أ - الإهتمام على مستوى جماعة العمل في المصالح الاستشفائية:

ترى نسبة 45.8% من المبحوثين أنّه يوجد تعاون بين الزملاء قد تتعدى إلى المساعدة خارج إطار العمل تجمعهم علاقات طيبة مع الزملاء إلى السنوات التي قضاها هؤلاء العمال مع بعضهم داخل المؤسسة، فهذه السنوات كفيلة بإنشاء علاقات صداقة داخل مجال العمل كما أنّ طبيعة العمل تفرض على النسق المقدم للخدمة الصحيّة التعاون، فالأطباء يقومون بتقديم المساعدات لبعضهم البعض من خلال معارفهم الطبيّة، كل حسب إختصاصه فطبيب الإنعاش يقدم الإرشادات، ويصف الأدوية للمريض الذي سيجري عملية جراحية لتخطي المضاعفات التي قد تحدث أثناء العملية أو بعدها، وبنفس الطرح بالنسبة للممرض الذي يقدم العلاج الذي وصفه الطبيب بالكمية الموصوفة بدقة وفي الوقت المضبوط؛ وهنا يظهر لنا أنّ العمال متعاونون فيما بينهم ومتصلين على الدوام فيما يخص أمور العمل وهذا راجع إلى كونهم يعملون في مكان واحد وقريبين من بعض وهذا ما جعل المعلومة تنتقل بطريقة سهلة وسريعة، وفي تقديرنا أنّ فرق العمل أو جماعة العمل تخضع إلى الدرجة التي



يشعر بها النسق الطبي بالجلفة على أنهم مرتبطون ببعضهم البعض في وحدة شبه متماسكة أحيانا يحكمها الخط المهني أو العرف المهني ( التطبيب والتمريض)، وهي في الواقع أنّ المصير المشترك والبناء الاجتماعي، والتفاعل وجه لوجه يحكم على العلاقات بين أعضاء جماعة العمل في المصلحة الإستشفائية الواحدة؛ هذا ما يشير إليه التراث النظري لمدرسة العلاقات الإنسانية أن الاتصال بين أجزاء التنظيم لا يقتصر على شبكة الاتصالات الرسمية، بل هناك أيضا شبكة للاتصالات غير الرسمية التي يجب أن تولي العناية اللازمة والتي قد تكون أكثر فاعلية في التأثير على سلوك العاملين وهو ما سيؤثر بصورة مباشرة على أداء العمال.

كما أكدت مدرسة العلاقات الإنسانية أنّ العمال لا يسلكون ويجابهون الإدارة وسياستها كأفراد وإنما يسلكون باعتبارهم أعضاء في جماعات، لها تقاليد وأعراف يلتزم بها الأفراد وتحرك سلوكهم في اتجاه دون آخر.

وهذا ما عبرت عليه عينة الدراسة من خلال استجابتها عن الفقرة "يعمل الجميع كفريق متكامل - طبيب ممرض - لخدمة مصلحة المريض". بنسبة 47.7% من المبحوثين ترى أنّ عمل النسق الطبي بالمستشفى يتميز بالعمل كفريق متكامل بين الطبيب والممرض؛ فأيّ خلل في هذه الحلقة تكون نتائجه سلبية تهدد حياة المريض، فلا يمكن للطبيب أن يتخلى عن أعمال الممرض، كما لا يمكن للممرض أن يبدأ عمله دون أن يرسم له الطبيب خطة العمل فعمل الممرض تكميلي وضروري في نسق الخدمة الصحية، ويكون العمل في المصلحة الاستشفائية بقيام الأطباء بفحص المريض ليتسنى لهم وضع تشخيص بمساعدة الجميع مختلف التخصصات (المخبري والاشعة...) حتى الممرض يساعد من خلال قياس الوظائف الحيوية للمريض، أو يلاحظ بعض التغيرات على المريض كونه الأكثر إحتكاكا وتفاعلا مع المريض، فالمريض في كثير من الأحيان يرتاح للممرض ويحكي له تفاصيل قصة مرضه، على اعتبار الممرض أقرب من الناحية الاجتماعية، وقد يكون ابن منطقته (من نفس العشيرة...)، وفي نفس السياق لاحظنا بل أكدته عينة البحث بأنّ الممرض لا يكون ضمن حلقات النقاش التي تجرى عند المريض، إذ يقوم الاطباء كل يوم بزيارة المريض - الزيارة الطبية Visite Médicale - ليروا تطور حالته المرضية، لإضافة أو تعديل بعض الأدوية، أو التحاليل أو مواصلة خطة العلاج، حيث يستثنى فيه الممرض إلا أن

يطلب منه بكتابة خطة العلاج ، والتركيز على قياسات الوظائف الحيوية، بدلا من محاولة إثراء النقاش مع الجميع وشرح حالة المريض من التشخيص إلى خطة العلاج، كإثارة نقاش حول المرتكزات التي اعتمدها الأطباء لتبني التشخيص، حتي يصلوا إلى مناقشة خطة العلاج لماذا تم اختيار هذا الدواء من المضاد الحيوي وليس المضادات الحيوية الأخرى، وفي حالة عدم الاستجابة، ماهي البدائل المقترحة، بمعنى أن تجرى حلقة نقاش علمية بمشاركة الجميع، لكي يقتنع الجميع بأن ما يقومون به هو الأقرب إلى الأصح، من الأطباء إلى المرضى، حتى المريض يشعر بأن ما يقومون به عين الصواب، وهو بين أيدي آمنة وممكنة، أمّا بالنسبة للمرض فإته يتبنى خطة العمل التي شارك فيها، وبقدم العلاج الموصوف بالكمية المناسبة وفي الوقت المطلوب وهذا المعطى الذي ناقشناه تفتقده مستشفى الجلفة ، وهذا ما أكدته عينة الدراسة من خلال استجاباتها حول الفقرة التي تشير "يلتزم الممرضون بتنفيذ تعليمات الطبيب بحذافيتها بعد النقاش". وبذلك ترى 37.5% من عينة الدراسة أنه لا يتم مناقشة الممرضون في خطة العلاج التي يرسمها الأطباء.

هذا وتشير عينة الدراسة أنّ حلقات النقاش Colloque وهي حلقات نقاش يقوم بها الأطباء صباحا يوميا أو مرتين في الأسبوع بقاعة المحاضرات أو قاعة الاجتماعات، وهو تقليد طبي يجرى في كل المستشفيات إذ يقوم الطبيب المعالج للمريض بتقديم ملفه الطبي لزملائه الأطباء، ويقدم المبررات والمرتكزات التي اعتمدها في وضعه لهذا التشخيص دون غيره ، وللخطة العلاجية التي وصفها، ليدار بعدها النقاش بين الأطباء حول التشخيص والعلاج ليضيفوا بعض الملاحظات، كاقترح بعض التحاليل...أو وصف بعض الأدوية أو التنبيه لبعض أخطاء التشخيص، بالاعتماد على التشخيص التفريقي Diagnostique differential.

ومن خلال إجابتها عن الفقرة التي تناولت ذلك "يقوم الأطباء في رسم خطة لعلاج المرضى من التشخيص إلى العلاج ( حلقات لنقاش حالة المرضى)". إذ ترى نسبة 50.2% من عينة الدراسة أنه لا توجد حلقات للنقاش بين الأطباء لدراسة حالة المريض من التشخيص إلى العلاج.

كل هذه المعطيات والبيانات الإحصائية المبينة اعلاه،- من عدم إشراك الممرض في حلقات العلاج، وعدم إجراء حلقات للنقاش بين الأطباء - كما هو معمول به في

المستشفيات الجامعية وبعض المؤسسات الاستشفائية، يحيلنا إلى القول بأن مستشفى الجلفة لم يرق فيها الفاعل إلى تكوين فرق عمل ( équipe ) بل مجموعات من العمال تؤدي دور محتشم في الخدمة، وعلى ذلك أراد الباحث أن يتأكد من أن عينة البحث مدركة بأنها بعيدة كل البعد عن مبادئ الجودة، فكانت إستجاباتها بنسبة 89.5% من عينة الدراسة أن الفريق الطبي لا يقوم بزرع مبادئ الجودة والإلتقان.

تعطينا نظرة عن مدى هشاشة و ضعف مستوى أداء الخدمة الصحية بمستشفى الجلفة.

#### ب- اهتمام المستشفى بتكوين فرق العمل على مستوى المصالح الاستشفائية:

يعزى جل الباحثين في مجال الجودة المسؤولية إلى الإدارة العليا في تكوين فرق العمل التي تقوم بأداء الخدمة بالشكل الصحيح والذي يرقى إلى رضا المرضى وذويهم؛ وحتى يتم تطبيق مفهوم الجودة بالشكل الصحيح فإنه يجب تدريب وتعليم المشاركين بأساليب وأدوات هذا المفهوم الجديد حتى يمكن أن يقوم على أساس سليم وصلب؛ ولذلك تقوم المؤسسات التي تريد تبني نهج الجودة الشاملة بمجموعة من الإجراءات:

☒ تنشيط ندوات وملتقيات من أجل زرع ثقافة العمل، والتحسين والتحسين المستمر للخدمة وهذا المعطى الذي طرحناه على عينة الدراسة بالفقرة "يقوم المستشفى بين الفينة والأخرى بتنشيط ندوات وملتقيات طبية لتحسين الخدمات الصحية." وبذلك ترى 87.2% من عينة الدراسة أن مستشفى الجلفة لا يقوم بتنظيم ندوات وملتقيات طبية.

☒ الاستعانة بالاستشاريين لأخذ الخبرة منهم ومن المؤسسات متخصصة عند تطبيق البرامج هو تدعيم خبرة المؤسسة ومساعدتها في حل المشاكل في الأداء، وعلى ذلك قمنا بإستجواب عينة الدراسة حول ما إذا كانت مستشفى الجلفة تعقد شراكة مع مؤسسات رائدة في مجال الخدمة الصحية، فكانت استجابات عينة الدراسة حول هذا المعطى، بنسبة 58.4% من عينة الدراسة أن المستشفى لا تتعاقد مع مستشفيات كبرى لتحسين مستوى الخدمات الصحية، وفي المقابل ترى نسبة 33.4% من المبحوثين أن المستشفى تقوم بعقد شراكة مع بعض المستشفيات الكبرى من أجل تحسين الخدمة الصحية. وهنا تشير عينة الدراسة بأن المستشفى يتم فيها عقد شراكة بين مؤسسات إستشفائية جامعية، لكن من أجل التخفيف من ضغوط برامج غرفة العمليات، أو من أجل القيام ببعض العمليات العويصة؛ وعلى ذلك أجابت نسبة 33.4% لتشير بوجود عقود شراكة بين مستشفى الجلفة

والمستشفيات الجامعية، وتضيف عينة الدراسة لم تكن الغاية من هذه الشراكة بإكساب النسق الطبي الخبرة والمهارة، وهذا ما أكدته نسبة 90.4% من عينة الدراسة أنّ المستشفى لا تتعاقد مع مستشفيات كبرى من أجل إكساب النسق الطبي الخبرة والمهارة؛ هذه البيانات الإحصائية وتحليلها يحيلنا إلى القول أنّ تطبيق برنامج تحسين الخدمة الصحيّة بالجلفة يفتقد إلى الوعي وزرع ثقافة الجودة ومبررات عقد عقود الشراكة مع المستشفيات الجامعية، وفهم مبادئ ومتطلباته، الأمر الذي أدى إلى الفشل الذريع.

في مستشفى الجلفة حضرت شخصيا للكثير منها، فقد سجلت في البداية قفزة نوعية التي لاقت إهتماما كبيرا من طرف الفاعلين في القطاع الصحي على مستوى كل مستشفيات الولاية، وخاصة تلك المبادرة التي قام بها الطبيب جراح العظام شريط عبد الحميد من المستشفى الجامعي دويرة، وهو أحد أبناء منطقة الجلفة، معروف عليه المهارة الفنية في طب وجراحة العظام، حيث شاركت كل الطواقم الطبية لولاية الجلفة - أطباء العظام، أطباء الإنعاش التخدير، ممرضون - وهذا لعدة سنوات، حيث يقوم أطباء العظام لمستشفيات ولاية الجلفة في كل سنة بتسجيل عدد كبير من المرضى من الذين لديهم عمليات جراحية عويصة تتطلب تدخل جراحي متخصص ودقيق وتحتاج إلى عتاد جراحي خاص؛ فيقوم ببرمجة أيام جراحية بمستشفى الجلفة لكل مرضى الولاية، وللإشارة أنّ هذا التقليد يقوم به البروفيسور بن بوزيد عبد الرحمان - الوزير الحالي - ابن منطقة أولاد جلال إذ يقوم بإجراء عمليات جراحية كل سنة لأبناء منطقته؛ إلاّ أنّه في السنوات الأخيرة لم يعد المسؤول في مستشفى الجلفة يكثرث لهذه الشراكة، فأصبح لا يحضر لهذه الفعاليات؛ وقد حضرت هذه السنة 2019 للتوأمة بين مستشفى الجلفة والمستشفى الجامعي للقبّة، والتي تم فيها إجراء عمليات جراحية للأطفال، حيث لم يحضر الأطباء الاختصاصيين في جراحة الأطفال بمستشفى الجلفة لهذه العمليات؛ والتي لاقت إستياء من طرف أطباء مستشفى الجامعي للقبّة.

وفي نفس الإطار نشير أنّ الجزائر بغية تحسين من مستوى أداء المؤسسات الجامعية الإستشفائية، قامت بإبرام عقود تعاون مع فرنسا من خلال دعم توأمة المستشفيات؛ بمعنى أنّ الدولة تقوم بدعم المستشفيات الجامعية بعقود تعاون مع مستشفيات رائدة في فرنسا، وفي

المقابل تقوم هذه المستشفيات الجامعية بإبرام عقود مع المؤسسات الإستشفائية العمومية بهدف التعليم والتدريب وتحسين الخدمات الصحية، ونذكر بعض العقود بين الجزائر وفرنسا:

- المركز الإستشفائي الجامعي لباب الواد - المساعدة العامة لمستشفيات مرسيليا: جراحة الأعصاب، الأشعة التدخلية.

- المركز الإستشفائي الجامعي لقسنطينة - المستشفى الجامعي لستراسبورغ.

- المؤسسة الإستشفائية الجامعية لوهران - المركز الإستشفائي الجامعي لمنبولي.

ونشير إلى أنّ نهج عقد الشراكة بين المستشفيات والمستشفيات الرائدة معمول به في جل مستشفيات الوطن، وتختلف نتائج تحسين الخدمات الصحية من مؤسسة إلى أخرى حسب وعي النسق الطبي، والمسؤولين القائمين على القطاع، وعلى ذكر المسؤولين أشارت عينة بحثنا بنسبة 91.3% من عينة الدراسة أنّ المسؤولين في المستشفى لا يعملون على غرس مبادئ الجودة والإتقان، الأمر الذي يعني أنّ المسؤول يقوم بتطبيق تعليمات وزارية مفرغة من محتواها، بدلا من نشر الوعي وثقافة العمل، والسعي الحثيث من أجل إنجاح عقود الشراكة مع المستشفيات الجامعية لإكساب النسق الطبي بالجلفة المهارة الفنية، وتطوير أساليب الخدمة الصحية وفق المتغيرات البيئية.

كل هذه النتائج والبيانات الإحصائية المبينة أعلاه، التي أعطتنا نظرة حول الإجراءات التي لم تتخذها مستشفى الجلفة للمساهمة في تحسين مستوى الخدمة منها عدم عقد ندوات وملتقيات وطنية ومحلية الهادفة إلى إرساء ثقافة العمل والتشجيع على تحسين الخدمة الصحية، وكذا عدم مشاركة الفاعل من مستشفى الجلفة في العمليات الجراحية والمحاضرات العلمية التي تقوم بها المستشفيات الجامعية على مستوى مستشفى الجلفة، التي تهدف إلى التدريب على خدمات لم تكن تجرى بمستشفى الجلفة، وعلى نشر الوعي وتمكين المشاركين من التعرف على أساليب التطوير الفنية وتحسين الخدمة الصحية، كل هذا من شأنه أن يترك مستوى الخدمة الصحية بالجلفة يتراوح مكانه بل يزداد سوءا وضعفا.

### 3- ثقافة المبادرة والولاء التنظيمي:

إنّ نجاح أي مؤسسة كانت يعتمد على عدة آليات، فالمؤسسة الناجحة هي التي تغرس في نفوس موظفيها حب المبادرة ورغبة الاستمرارية، والسلوك الإنساني يصعب قياسه نظرا لتداخله وتأثيره بعدة عوامل فردية كالدافعية والشخصية والتعلم والأدراك، وعلى غرار ذلك

فسلوك الفرد يتأثر بسلوك الجماعات فنجد الكثير من المزايا التي يمكن تحقيقها ضمن فريق العمل يتحلى موظفوه بروح المبادرة سواء ارتبط ذلك بإدارة المؤسسات التي ينتمون إليها أو لأنفسهم شخصياً، فالمؤسسة التي بها عمال يسعون إلى التحلي بروح المبادرة ولها قادة يشجعون على ذلك يمكن أن ينعكس على ذلك مستوى أدائهم؛ والعكس صحيح، وهذا ما لمسناه من خلال النسب والمعطيات الإحصائية، إذ سجلنا نسبة 39.8% من عينة الدراسة أنها تستجيب عن طيب خاطر في حالة ما إذا طلب منهم المساعدة للعمل في مصالحهم بالرغم من أنهم خارج الدوام، في حين فضلت نسبة 41.6% من المبحوثين موقف الحياد، وقد حاولنا مناقشة هذه النسبة مع عينة الدراسة فتباينت ردود أفعالهم بين من يرى أنّ الإدارة في حالة الاحتياج تقوم بتسخير معارفهم من أجل المداومة المأجورة (أستحدث العمل بالمداومة المأجورة لدى الممرضين في الآونة الأخيرة لتدارك النقص العددي أو لتقديم المساعدة في حالة ارتفاع وتيرة العمل) وتقوم إدارة المستشفى بتسخير العمال الذين يكونون دائمي الاستعداد للعمل في أي مصلحة؛ كما أبدى البعض استعداده للعمل عن طيب خاطر كون عمله مرتبط بحياة البشر، والوازع الديني والأخلاقي يملّي عليهم تقديم المساعدة للمرضى، هذا من جهة، ومن جهة أخرى قد يرتبط الأمر بالفراغ و الارتباطات الأسرية...

كما أشارت عينة الدراسة حول القيمة التي يحظى بها العامل بين زملائه فكانت نسبة 61.4% بأنه يحظى بالاحترام والتقدير بين المسؤولين والزملاء، هذا المعطى يعطينا نوع من الارتياح لتقسي ظاهرة ثقافة الاحترام والتقدير بين العمال داخل مستشفى الجلفة، كما توحى هذه النتائج إلى وجود تضامن ضمني بين الفئات المهنية، تضامن حسب الخط المهني، وهو ما أشارت إليه مدرسة العلاقات الإنسانية في تكوين علاقات إجتماعية في التنظيم غير رسمي، فالبناء الإجتماعي للمستشفى يمثل نسقا من العلاقات التي تربطها أخلاقيات مهنة الطب و التمريض و غيرها، و كذلك التخصص المهني العلمي الدقيق في شكل تراتيبي محدد ومعتبر ومرتب بأدوار يلتزم بها كل المتعاملين داخل المرفق الصحي وقد أظهرت الدراسات أنّ أعضاء الجماعتين (الأطباء والممرضين) يتفاعلون بصورة جيدة مع جماعاتهم.

مثل هذه النتائج الإحصائية كانت إفتراضات لمدرسة العلاقات الإنسانية ولكثير من مدارس التنظيم الحديثة كان أخرها - كما رأينا في الجانب النظري- نموذج التحليل

الإستراتيجي لميشال كرزي الذي توصل إلى أنّ سير التنظيم يعتمد على إستراتيجيات متعددة ومختلفة، فلكل فئة أو جماعة إستراتيجيتها الخاصة بها كما أنّ لكل فرد عامل إستراتيجيته الخاصة به، فهذا الفاعل هو الذي يملك هامش من الحرية بالنسبة للنسق الموجود فيه مرتبط بمتابعة أعماله، وقد توصلا ( كرزي وفريدبارغ ) إلى ثلاثة مسلمات:

☞ عدم تقبل الأفراد معاملة المسؤولين لهم كوسائل لتحقيق أهداف المنظمة فقط إنّما لكل فرد أهدافه وطموحاته الخاصة به، والتي قد تتعارض مع أهداف التنظيم أو تكون مؤيدة، فيجب أن تسيّر المنظمة على ضوء تعدد الأفراد المكونين لها.

☞ الحرية النسبية للفاعل، في أي نوع من التنظيمات، الفاعل يملك مجال من الحرية يمارس فيه نوع من الإختيار.

☞ إستراتيجية الفاعل، تنبثق دوما من العقلانية شرط أن تكون هذه العقلانية محدودة.

القائد الحاذق المتعلم والمدرك للتغيرات المحيطة به والساعي إلى بناء منظمة راقية هدفها نيل رضا متردديها يستثمر في هذه المعطيات والنتائج ليعطي لنا مورد بشري على درجة عالية من العطاء والأداء والولاء للمؤسسة التي يعمل بها ويتحمل مسؤولية إنجازها بكل قواه وعليه - القائد - أن لا يتجرأ على وضع أهداف لا يقوى الفاعل على ترجمتها، أو ترك الفاعل يتخبط في مشاكل تنظيمية ونزاعات سلبية...بمعنى ترك الحبل على القارب والتي توجد في الكثير من المؤسسات التي إدارتها تقول إلى السقوط أو تقول هي بنفسها إلى الحضيض؛ الأمر الذي يحيلنا إلى القول إلى أنّ مؤسستنا محل الدراسة بعيدة كل البعد عن العمل بأساليب الإدارة الحديثة الرامية لإرساء مبادئ ثقافة الجودة والأداء المتميز لمواردها البشرية.

#### إستنتاج الفرضية الرابعة:

من خلال التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لأهم النتائج المرصودة من استجابات عينة الدراسة لاسيما ما تعلق بالفرضية الرابعة المتعلقة بالثقافة التنظيمية التي تتبناها مستشفى الجلفة من أجل تحسين الخدمة الصّحية للنسق الطبي المعالج لديها، و من خلال هذه الدراسة السوسيو تنظيمية التي تهدف إلى معرفة مستوى مساهمة المنظومة القيمية والفلسفة الإدارية التي تتبناها إدارة المستشفى والنسق المقدم للخدمة في تحقيق جودة الخدمة الصّحية، حيث كانت النتائج لأهم النقاط التي تطرقنا إليها في هذا المحور كالتالي:



□ لقد قمنا بمناقشة عدة نقاط رئيسية ومركزية حول مدى مساهمة إدارة المستشفى في نشر ثقافة العمل وتثمين إنجازات الموظفين؛ حيث أسفرت أهم النتائج الإحصائية لهذا المعطى على ما يلي:

☒ 88.1% من عينة الدراسة ترى بأنّ القائمين على المستشفى لا ينظرون للعامل في المنظمة كمورد ذو أهمية وألوية.

☒ 85.8% من عينة البحث ترى بأنّ القائمين على إدارة المستشفى لا يولون أهمية لإنجازات الموظفين.

☒ 52% من عينة الدراسة ترى بأنه لا يوجد إتفاق عام حول أهمية الوقت في مستشفى الجلفة.

☒ 90.4% من عينة البحث ترى بأنّ القائمين على إدارة المستشفى لا تضع جودة الخدمة الصحية ضمن أولوياتها.

يمكننا الجزم بأنّ مستوى الخدمة الصحيّة سيكون ضعيف بالنظر إلى المعطيات الإحصائية السابقة؛ فالمنظمات وجهات العمل التي تقدّر موظفيها، وتشعرهم بقيمتهم، هي التي تبني الولاء والالتزام والرّضا في نفوس موظفيهم، فإذا خلت أية جهة من تقدير العاملين فيها، وتعاملت معهم وكأئما هم أجراء لديها فهي بيئات طاردة للكفاءات، منفرة للطاقات، منحرفة عن طريق التطوير والتحديث.

□ ثم انتقلنا إلى مناقشة نقطة أساسية في صناعة الخدمة الصحيّة؛ والمتمثلة في ثقافة بناء فرق العمل لما لها من دور في صناعة مستقبل المؤسسة وخاصة المؤسسات الصحيّة حيث كانت نتائج إستجابات عينة الدراسة حول هذا المعطى الأساسي كما يلي:

☒ 87.8% من عينة البحث ترى بأنّ إدارة المستشفى لا توفر مناخ لتطوير وتحسين الخدمة الصحيّة.

☒ 45.7% من عينة البحث ترى بأنه يوجد تعاون بين زملاء العمل قد تتعدى إلى تقديم المساعدة خارج حدود المؤسسة.

☒ 50.2% من عينة البحث ترى بأنه لا توجد حلقات للنقاش بين الأطباء لمناقشة الحالات المرضية في مستشفى الجلفة كما هو معمول به في المستشفيات الجامعية.



☒ 37.5% من عينة البحث ترى بأنه لا يتم إشراك الممرض في خطة العلاج التي يقوم بها الطبيب المعالج.

☒ 87.8% من عينة البحث ترى بأن إدارة المستشفى لا توفر مناخ لتطوير وتحسين الخدمة الصحية.

☒ 87.2% من عينة البحث ترى بأن إدارة المستشفى لا تقوم بعقد ندوات وملتقيات وطنية ومحلية للمساهمة في تحسين مستوى الخدمة الصحية.

☒ 58.4% من عينة البحث ترى بأن مستشفى الجلفة لا تبرم عقود شراكة مع المستشفيات الجامعية من أجل تحسين الخدمة الصحية، بل تقوم بذلك تنفيذا لقرارات الوزارة الوصية، وفي نفس السياق تشير نسبة 90.4% من عينة الدراسة أنّ المستشفى لا تتعاقد مع مستشفيات كبرى من أجل إكساب النسق الطبي الخبرة والمهارة.

☒ نسبة 89.5% من عينة البحث ترى بأن الفريق الطبي ( لا ترقى إلى تسميتها بذلك ) بمستشفى الجلفة لا تقوم بإرساء قيم ومبادئ الجودة، وفي نفس السياق رأّت نسبة 91.3% من عينة الدراسة بأنّ المسؤولين بمستشفى الجلفة لا يعملون على غرس مبادئ الجودة والإتقان.

وفي الأخير ناقشنا ثقافة المبادرة والولاء التنظيمي في مستشفى الجلفة فكانت إستجابات عينة الدراسة:

☒ نسبة 61.4% من المبحوثين صرحت بأنّها تحظى بالإحترام والتقدير بين المسؤولين والزملاء.

☒ نسبة 39.8% من عينة الدراسة أنّها تستجيب عن طيب خاطر في حالة ما إذا طلب منهم المساعدة للعمل في مصالحهم بالرغم من أنّهم خارج الدوام وفي المقابل صرحت نسبة 41.6% من المبحوثين موقف الحياد.

لقد قام الباحث بقياس بعض العناصر التي ترتبط بالثقافة التنظيمية وخاصة تلك المتعلقة بالعمل في المجال الصحي لدى النسق الطبي المعالج في مستشفى الجلفة؛ هذه الأنماط أو العناصر تتدافع فيما بينها وتؤدي إلى إنتاج توليفات وتركيبات تساهم في تحسين الأداء و تحقيق جودة الخدمة الصحية.

فكانت النتيجة التي صرح بها أفراد عينة الدراسة بأن منظومة الثقافة التنظيمية التي يقدمها مستشفى الجلفة منخفضة لا ترقى إلى إحداث التغيير وبناء فرق عمل فعّالة ومنظومة قيمية من شأنها المساهمة في تحسين وتطوير الخدمة الصحيّة.

وأول ما يلاحظه السوسيولوجي هو أنه أمام نمط أو مؤسسات عصرية في منتهى العصرية أي مجلس إدارة، نقابات، مجلس طبي... ولكن العلاقات والرهانات والصراعات التي تحرك هذه المؤسسات هي علاقات تقليدية لنجد أنفسنا أمام وضعية مؤسسات عصرية وعلاقات تقليدية مية تقتل الإبداع والمبادرة.

وهذا ما تدل عليه النتيجة الإحصائية المتحصل عليها في الجدول التالي:

**الجدول رقم (67):** يوضح النتائج الإحصائية لمحور الثقافة التنظيمية.

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المحور
الثقافة التنظيمية	48.70	10.45	منخفض

المصدر: معطيات SPSS

#### الصياغة الإحصائية للفرضية الرابعة:

فيما يتعلق بالقيمة الاحصائية لجودة الخدمة الصحيّة والتي كانت مقدرة ب : متوسط حسابي 39.63، وانحراف معياري 9.88، وبناء على النتيجة الاحصائية المتعلقة بالثقافة التنظيمية والمقدرة ب: متوسط حسابي 48.70 وانحراف معياري 10.45، فإننا من خلال حساب معامل الارتباط Spearman والذي أسفر على نتيجة 0.594 يمكن أن نستنتج أن هناك علاقة إرتباط قوية طردية موجبة بين الثقافة التنظيمية وجودة الخدمة الصحيّة في مستشفى الجلفة بمعنى أنه كلما إنخفض مستوى الثقافة التنظيمية يقابلها إنخفاض في مستوى جودة الخدمة الصحيّة كما هو مشار إليه في الجدول التالي:

الجدول رقم (68): يوضح النتائج الإحصائية للثقافة التنظيمية وجودة الخدمة الصحية ومعامل الارتباط Spearman.

الارتباط (Spearman)	المتوسط الحسابي لجودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي للثقافة التنظيمية
0.594**	39.63	48.70

المصدر : من خلال معطيات SPSS

ومن خلال ما سبق نستنتج أنّ الفرضية الرابعة التي مفادها: ضعف المنظومة الثقافية في التنظيم الصحي التي تضبط السلوك الجماعي وتمطه وتساهم في بناء فرق العمل المنسجمة ( التعاون، الالتزام، الإلتقان ) من شأنه أن يؤدي إلى عدم تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الإستشفائية بالجلفة، قد تحققت.

## استخلاص النتائج العامة للدراسة:

من خلال الدراسة التي قام بها الباحث حول متطلبات الموارد البشرية لجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة تم التوصل فيها إلى النتائج التالية وكانت تختلف من فرضية إلى أخرى:

- في البداية قام الباحث بقياس مستوى جودة الخدمة الصحية لدى العينة المستهدفة بالدراسة وجدنا بأن المتوسط الحسابي 39.63، وبانحراف معياري 9.88، مما يدل على أنّ هذا المستوى منخفض. وهو ما دفعنا إلى ربطه ببعض المتغيرات التي نعتقد أنّها السبب وراء هذا الانخفاض، فكانت نتائج ارتباطها من خلال المتغيرات التالية:

- بالنسبة للفرضية الجزئية الأولى حيث بلغ معامل الارتباط سبيرمان للرتب Spearman Correlation 0.506 يمكن القول أنّ هناك علاقة ارتباط قوية طردية موجبة بين الحوافز وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الجلفة بمعنى أنّه كلما انخفض مستوى منظومة الحوافز يقابلها انخفاض في مستوى جودة الخدمة الصحية فنجد أنّ هذه الفرضية قد تحققت.

- بالنسبة للفرضية الجزئية الثانية حيث قدر معامل الارتباط سبيرمان للرتب Spearman Correlation 0.434 والتي كانت تهدف إلى معرفة علاقة الارتباط بين التكوين وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الجلفة فنجد أنّ هذه الفرضية قد تحققت.

- بالنسبة للفرضية الجزئية الثالثة حيث بلغ معامل الارتباط سبيرمان للرتب Spearman Correlation 0.356 والتي كانت تهدف إلى معرفة علاقة الارتباط بين الرقابة التنظيمية وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الجلفة فنجد أنّ هذه الفرضية قد تحققت.

- بالنسبة للفرضية الجزئية الرابعة حيث قدر معامل الارتباط سبيرمان للرتب Spearman Correlation 0.594 والتي كانت تهدف إلى معرفة علاقة الارتباط بين الثقافة التنظيمية وجودة الخدمة الصحية في مستشفى الجلفة فنجد أنّ هذه الفرضية قد تحققت.

## - الفرضية العامة:

بعد قياس كل المتغيرات المستقلة المتعلقة بمتطلبات الموارد البشرية اسفرت نتيجتها الإحصائية بقيم تقدر بمتوسط حسابي 156.17، وانحراف معياري 25.71، والتي تدل على انخفاض مستوى هذه المتطلبات لدى عينة دراستنا والجدول التالي يوضح ذلك: الجدول رقم (69): يوضح النتائج الإحصائية لمتطلبات الموارد البشرية العاملة بمستشفى الجلفة.

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المحور
متطلبات الموارد البشرية	156.17	25.71	منخفض

المصدر: معطيات SPSS.

من خلال هذه الدراسة التي اسفرت نتائجها لاسيما ما تعلق بالفرضية العامة يمكن القول أنّ هناك ارتباط ذو دلالة إحصائية بين متطلبات الموارد البشرية وجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الجلفة، والجدول التالي يوضح ذلك: الجدول رقم (70): يوضح نتائج ارتباط متطلبات الموارد البشرية بـ جودة الخدمة الصحية.

الارتباط (Spearman)	المتوسط الحسابي لجودة الخدمة الصحية	المتوسط الحسابي لمتطلبات الموارد البشرية
0.608**	39.63	156.17

المصدر: مخرجات SPSS

نجد أنّ معامل الارتباط سبيرمان للرتب Spearman Correlation يساوي 0.608 وهي تعبر عن علاقة قوية، وهي كذلك أعلى من مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نقبل الفرضية القائلة بوجود علاقة بين متطلبات الموارد البشرية وجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

وفي الأخير يؤكد الباحث أنّ تعميم هذه النتائج الخاصة بالدراسة هو أمر يتعلق فقط بخصائص عينة الدراسة التي استمدت منها والتي أجريت بالمؤسسة الصحية الاستشفائية مجال هذه الدراسة، وعليه الأمر يتطلب العديد من الدراسات التي تكون مغايرة ومختلفة من حيث الخصائص عن عينة الدراسة الحالية.

الخاتمة

## الخاتمة :

تعتبر المؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات حساسية للجودة لأنها تهتم بتقديم خدمات لأعلى ما تمتلكه المجتمعات، وهو الإنسان وهي تؤمن أن هذا الأخير هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية، هذا من جانب ومن جانب آخر أصبح المواطن لا يقبل بالمستويات المتدنية للخدمات بل فرض نفسه كطرف مهم، فأصبحت الخدمات الصحية حق من حقوق الإنسان، وبذلك أصبحت الجودة أكثر من ضرورة إذ تعتبر الأهم بالنسبة للمريض، وضمن هذا السياق قمنا بدراستنا قصد معرفة الأسباب التي تحول دون الرفع من مستوى الخدمات الصحية وبلوغ رضا المريض والتي لا تتأتى إلا بمدخل الجودة.

وعلى غرار الكثير من الدراسات التي قام بها علماء الاجتماع والإدارة... للبحث في هذه المتغيرات، إذ تعتبر حديثا مدرسة الإدارة العلمية هي أول من لامس هذه الإشكالية والتي توصل فيها العالم فريدريك تايلور إلى مجموعة من الأسس العلمية في إدارة المنظمات والأعمال كان من أهمها الرقابة والتدريب وتقسيم العمل وربط حسن الأداء بالأجر والمكافأة لبعث العمال على الزيادة في الإنتاج كميًا ونوعيًا، ثم جاءت مدرسة العلاقات الإنسانية التي أولت اهتماما بالغا بالموارد البشري وذلك لتحقيق الكفاية الإنتاجية، فتغيرت النظرة إلى الفرد العامل من مجرد فرد منتج ليصبح ينظر إليه على أنه عامل مساهم في خلق القيمة المضافة بالمؤسسة، وهذا لكونه المحرك الذي يدفع بقية العوامل الأخرى بالمؤسسة لضمان استمرارها في النشاط، كما يضمن تحقيقها بميزة تنافسية تعزز مكانتها في ميدان تخصصها؛ وتعمق التصور عن المنظمة ليصبح يُنظر إليها على أنها مؤسسة اجتماعية منتجة لكيانات اجتماعية ناحته للهوية ومنتجة للثقافة قادرة على الفعل والعمل الجماعي من أجل إنجاز وتحقيق الهدف المشترك؛ يُنظر فيها للفاعلين على أنهم أعضاء يتماهون *ils s'identifient* إلى هذه المؤسسة الإجتماعية، والتي تشكل مجموعة انتماءاتهم.

هذا ما تم تناوله في الشق النظري الذي أحالنا تراثه إلى الانتقال إلى الشق الميداني من الدراسة؛ فقمنا بالتقرب من النسق الطبي المعالج بصفته عينة الدراسة، كونه الفاعل الأساسي من بين الموارد البشرية المقدمة للخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محاد عبدالقادر بالجلفة أنموذجا؛ حيث قمنا بقياس مؤشرات الجودة بذات المؤسسة التي أسفرت نتائجها الإحصائية بضعف مستوى الخدمة الصحية المقدمة، الأمر الذي دفعنا ببناء



نموذج فرضي لمحاولة الفهم والتعمق لمعرفة الأسباب التي ترتبط بمستويات تدني الخدمة الصحية.

لقد أظهرت نتائج الدراسة التي توصلنا إليها مدى أهمية وارتباط بعض المتغيرات التي من شأنها أن تكون ركائز أساسية في بناء خريطة طريق لتبني مدخل الجودة الذي هو في الأساس منهج وأسلوب ينطلق من الأسرة إلى المدرسة وصولاً إلى المؤسسة؛ فالعمل في المستشفى يتعلق بحياة البشر، والجودة والإلتقان فيه أكثر من ضرورة؛ اثبتت الدراسة الحالية أنه يتطلب أربعة أركان لبنائها- الجودة -

أولاً: الثقافة التنظيمية بنشر تعاليم التعاون والإلتقان وتقديس العمل والتشجيع على الإبداع، ونبذ الكسل ...

ثانياً: التكوين والذي هو أساس الأداء والمدخل الرصين للعمل في المستشفى، فكلاً كان التكوين: جيداً للنسق الطبي كلما أدى ذلك إلى تحسين وتطوير مهاراتهم وقدراتهم، ومحاولة تغيير سلوكهم واتجاههم بشكل إيجابي، مما يساهم ذلك في الرفع من مستوى أدائهم.

ثالثاً: التحفيز فكلاً كانت منظومة الحوافز مدروسة بعناية كلما ساهمت في رضا النسق الطبي وأتت أكلها وأثمرت عن نتائج عمل مرضية، تؤدي إلى تحقيق جودة الخدمة الصحية. الركن الرابع الرقابة التنظيمية التي تعتمد على المرافقة والمراقبة للقضاء على الانحرافات والأخطاء قبل وقوعها لأن الأمر يتعلق بحياة البشر والحفاظ على أمن وسلامة المرضى.

من خلال هذه الدراسة توصلنا إلى أن عدم الاهتمام بالفاعلين الممارسين للخدمة الصحية على اعتبار أنهم المحرك الأهم في تحقيق أهداف المنظمة الصحية أثر سلباً على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

رغم أننا ندرك مدى صعوبة تعميم النتائج المحصل عليها على كافة المؤسسات العمومية الاستشفائية، وهذا لاختلافات التي تميز كافة المؤسسات الأخرى بعضها عن بعض الآخر، نظراً للظروف المحيطة بها والثقافات والقيم التي تنطلق منها على اعتبار ما يلاءم هذه المؤسسة، قد لا يكون كذلك بالنسبة للمؤسسة الأخرى، وعليه رغم الصعوبات " الموضوعية حاولنا قدر المستطاع متابعة مجريات هذه الدراسة، بشقيها النظري والميداني بغية الإطلاع على ما توصل إليه الآخرون في أماكن وأزمنة مختلفة.

# التوصيات والمقترحات

## التوصيات والمقترحات:

لعل أهم الاقتراحات التي نراها أكثر تأثيراً تتمثل في ضرورة إعطاء الفريق الطبي مكانته الحقيقية والاهتمام به من جميع الجوانب والنظر على أنّ هـ العامل الأول والأساسي لرفع مستوى الأداء وتحسين جودة الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية:

## 1- إعادة النظر في وظيفة إدارة الموارد البشرية في التنظيم الصحي:

لقد لاحظنا في الواقع أنّ تسيير الموارد البشرية في التنظيم الصحي محل الدراسة يتميز بنقطتين هامتين هما على التوالي:

☒ سيطرة مفهوم إدارة المستخدمين بدل إدارة الموارد البشرية : الملاحظ للأعمال الممارسة من قبل مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات بالقطاع الصحي - كما هو الأمر في معظم الإدارات العمومية - لا تعدو عن كونها أعمال روتينية، إجرائية بحتة ك: تصنيف السجلات، تسجيل الغيابات، ...الخ. وذلك كله في ظل غياب شبه تام لدراسات حول درجة الرضا الوظيفي، راحة الموظف في أداء أعماله...الخ.

☒ القيم السلبية في استقطاب الموارد البشرية: عملية جلب واستقطاب الموارد البشرية داخل المؤسسات الصحية أصبح خاضعا في حالات عديدة إلى مجموعة من القيم السلبية غير المرتبطة بالمعايير الموضوعية.

وتبرز هذه القيم السلبية في عدة صور وأشكال أهمها قيم النسق القرابي ( العشائري) فالمنظمة الصحية تقوم على مجموعة من العاملين الذين يرتبطون بمجموعة من الروابط المختلفة كالرابطة الدموية المتمثلة في رابطة القرابة وروابط تنشأ نتيجة الصداقة ونتيجة للاشتراك المهني، التي تعمل على إبراز الجماعات والتكتلات في العمل ذات المصالح والأهداف المشتركة خاصة في المؤسسات الصحية وغيرها ما أثر ذلك على المردودية وعلى أداء الأفراد من خلال عملية التقييم.

## 2- غياب مشاركة العمال في تسيير المؤسسة: إنّ النمط السائد حاليا في إدارة المؤسسة

تقل فيه الأدوار التشاركية للعاملين، أين تنفرد إدارة المؤسسة غالبا بتحديد الأهداف والوسائل ولا توفر فرصا كثيرة للمشاركة بالاقتراحات والأفكار من جهة ومن جهة أخرى فهي تهتم

غالبا بتوفير الوسائل فقط وتراعي احترام الإجراءات على حساب النتائج. فإدارة المؤسسة تقوم بعقد إجتماعات إلا مع ممثلي العمال ( النقابة ) في حالات معينة، يسودها نوع من غموض الدور، كما تجتمع إدارة المؤسسة مع المجلس الطبي في حالات معينة، كالحالات الأزمات (كوفيد 19) أو ليمارس المجلس الطبي ضغوط معينة.

هذا النمط في التسيير الحالي لم يأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الطبيعية وأدوات الضبط العادلة للعامل الأساس في تحقيق أبعاد الجودة الخدمية والمتمثل في المورد البشري.

3- التكوين: إنّ مفهوم التكوين ينطوي في الحقيقة تحت مفهوم التعليم حيث يتم إكساب الفرد قدرات عقلية تتمثل في المعرفة والمهارات مع تنمية السلوك والاتجاهات توجب العمل والإخلاص، وهي كلها مثل وقيم يجب التركيز عليها عند إعداد البرامج التكوينية، إذ يتمكن الفرد من خلال عملية التكوين من كسب سلوك ومهارات عملية ومعارف علمية يمكنه من القيام بمسؤولياته المتمثلة في التشغيل والإنتاج والصيانة والخدمات مما يجعله قادرا على المساهمة في التنمية المحلية والوطنية.

فيتعين على أن تكون مادة التكوين ترجمة صادقة لاحتياجات المؤسسة، وأن يتناسب محتوى مادة الدراسة في البرنامج التكويني مع القدرات العلمية والفنية للمتكونين.

\* قد لاحظنا غياب الرقابة والإشراف والتأطير الذي من المفروض أن يقوم بها الاستاذ المكون وخاصة فيما يتعلق بالنسبة للممرض:

✓ متابعة سجل حضور المتربصين في الميدان التطبيقي.

✓ مراقبة اللباس الرسمي.

✓ مراقبة سلوك المتربص (المعاملة الانسانية مع المريض والزملاء في المهنة )

✓المراقبة والإشراف على طرق وأساليب تأدية الخدمة الصحية من خلال : - Rôle

Propre de l'infirmier (العمل بالطرق العلمية لضمان سلامة نفسه والمريض)

✓ فتح باب للنقاش حول أساليب وطرق التوظيف التي تنتهجها الوزارة للنجاح في

مسابقة أعوان التمريض أو على الأقل ايجاد طرق ناجعة للحد من الوساطة

والمحسوبية، وإعطاء فرصة للشباب الراغب والجاد والحامل للمعرفة العلمية للالتحاق

بهذه المهنة الإنسانية.

✓ العمل على تحديد دور عون التمريض في النسق الطبي، لغموض الدور الذي يمارسه عون التمريض والذي يحد من قدراته ويجعله دائما متخوفا وغير مبادر في الفريق الطبي.

✓ تدارك النقص العددي للممرضين بفتح تكوين دوري بأرقام مرتفعة للطلبة الراغبين في الانتماء لهذا التخصص.

✳️ **بالنسبة للطبيب:** يجب أن يتحلى الأستاذ أو الأستاذ المساعد المشرف على تربص الأطباء في المستشفى ب:

✓ المعاملة الطيبة والعادلة دون تمييز لا في العرق أو الجنس أو المنطقة ( يشتكى جل الأطباء من حدة طباع الأساتذة في ميدان العمل ).

☒ أن يساهم في إرساء مبادئ المهارة الفنية للوصول إلى التشخيص الصحيح للمريض بطرق علمية دون حسد أو إخفاء للمعلومة لأن الأمر يتعلق بحياة الناس وهذا واجب يمليه الضمير، والأخلاق المهنية.

☒ أن يساهم في إرساء المبادئ والطرق الصحيحة والناجعة في وصف العلاج الصحيح النافع وضمان أمن وسلامة المريض.

☒ المراقبة والإشراف على طرق وأساليب تأدية الخدمة الصحية التشخيص والعلاج (العمل بالطرق العلمية لضمان سلامة نفسه والمريض).

✳️ **تفعيل دور التكوين المتواصل:** لقد لاحظنا جمود عمل التكوين المتواصل نهائيا، لعدم إرتباطها بأي حافز سلبي أو إيجابي؛ وعليه لابد من إعادة تفعيله، وتزويده بالكتب والمجلات العلمية، وفتح المكتبة، أو مدرج للمحاضرات والإستفادة منها باستعمالها للطب التلفزيوني Télémédecine، الذي هو غائب تماما على مستوى المستشفى، نوجز أهم المتطلبات فيما يلي:

- تهيئة مناخ ملائم للتكوين المتواصل الذي يخدم رغبات العمال ويلبي احتياجات المؤسسة ويشجع ثقافة التكوين والجودة داخل المؤسسة.
- ربط نظام التكوين المتواصل بنظام المكافأة والحوافز المادية والمعنوية.
- دعم ميزانية التكوين المتواصل وتزويده بوسائل تكنولوجيا متطورة للتحاضر و الإيضاح.
- التقييم الدوري لعمليات التكوين لتدارك النقائص والإستمرار في التحسين.

- الاستعانة بالخبراء وأصحاب السمعة والخبرة في ميدان الطب للتشجيع على الالتحاق بالتكوين مع إعطائها تغطية إعلامية من خلال الوسائط الجماهيرية وشبكات التواصل الإجتماعي، وتكليف العمال بالمساهمة في إنجاح الدورات التكوينية.

- التأكيد على أنه ينبغي أن يكون الفريق الطبي أكثر كفاءة وذو مهارات متخصصة، من خلال البحث عن صيغ التعاقد والتعاون مع أطباء متخصصين ذوي كفاءات معروفة من مستشفيات أخرى ومن دول أخرى، يشرفون على العلاج وأيضا على تكوين الأطباء المحليين، وأن يتم فيها زرع ثقافة الجودة وتكريس العمل التعاوني والجماعي وأن يتم ذلك بقصد ووعي أي بزرع وغرس ذلك بكل الطرق والأساليب حتى يعم ذلك على كل العاملين و بذلك يكون المرضى أكثر وثوقا بأن حياتهم بين أيدي أمينة، وحتى يكون المستشفى ذو سمعة ومكانة جيدة.

- فتح الباب لمشاركة كل الطواقم الإدارية والشبه طبية بإمكانية التكوين في الخارج.

5- **منظومة الحوافز** : تعاني المؤسسات الصحية من صعوبة في التطبيق الصارم للقانون على جميع الفئات العاملة بالمستشفى، ونذكر أهم معيقات التطبيق:

- تعاني المؤسسة من نقشي ظاهرة الغياب والتأخر، وخاصة عند الأطباء، والذي انعكس سلبا على الطواقم الأخرى، مما وضع إدارة القطاع في إحراج أمام الطواقم العاملة الأخرى، ففي حالات التأخر يقارن العامل نفسه بالطبيب الذي يدخل للعمل على 10 صباحا وقد يخرج بعد ساعتين أو ثلاثة من العمل؛ أصبح الطبيب يشكل عائقا بالنسبة للإدارة في حال تطبيق القانون وهذا لإعتبار الطبيب وخاصة الأخصائي الذي يعد الرجل الأول في نظام الخدمة الصحية، و الذي يملك سلطة المعرفة، وهو محل اهتمام كل المستشفيات، حيث تسعى الإدارة لإرضائه، هذا إذا لم نقل إن الإدارة نفسها تعاني من سوء التسيير، فهذا يقابل ذلك.

- ضرورة إعادة دراسة سلم الأجور وربطه بالأسعار في السوق - سعر المواد الاستهلاكية، وقيمة العمل-

- منحة المردودية فقدت المعنى التحفيزي لأنها في الغالب تعطى للجميع دون تمييز بين المجد والمتهاون، ويعود ذلك لأن قيمتها المالية قليلة ، كما أن للتكتلات النقابية والفئوية دور في جعل النقطة للجميع دون النظر إلى النتائج المتوخاة من ذلك.

- إنتشار ظاهرة الفئوية والتكتلات والدخول في صراعات بين العمال والإدارة وما بين فئات العمل أنفسهم، وتنامي ظاهرة المصالح الشخصية، وعلى ذلك يستلزم من إدارة المستشفى تفعيل القانون على الجميع بطريقة مرنة بالمرافقة والمراقبة، وتنمية العمل الجماعي، وزرع الثقة بين العمال وتشجيع فرق العمل، وخاصة أن العمل في المستشفى يتطلب تضافر الجهود بين أعضاء الفريق الواحد.

- العتاد والأجهزة الطبية الموجودة في المستشفى تحتاج إلى الصيانة الدورية وفي الكثير من الأحيان نجد أن الأجهزة والعتاد الموجود في المستشفى من النوعيات الرديئة، ويعود ذلك لكونها تُشترى بأثمان أقل بكثير من الأجهزة ذات الماركات العالمية، ولذلك تكون سريعة العطب ، يضاف إليها عدم الصيانة الدورية لها، وعدم المحافظة عليها، ولكثرة العاملين عليها .وعلى ذلك يتوجب شراء عتاد وأجهزة طبية ذات جودة عالية، وتكليف عمال بالتدرب عليها - تكوين متخصص - وتحميلهم مسؤوليات الأعطاب، مع إجراء دوريات رقابية عليها، وتزويدها باليات للرقابة *Fiche Technique de contrôle*.

- نقص العتاد و اللوازم لممارسة الأداءات العلاجية على أكمل وجه يسبب تعثر في رسكلة تحقيق الجودة المطلوبة في النشاط الطبي خاصة في المصالح الاستعجالية و هو ما أضى واضحا في واقع الصحة لدينا اليوم من عدم أداء العلاجات كاملة أو عدم أدائها كلية خلق ثغرات طبية وشبه طبية في العمل الطبي والتمريضي و هو ما ينعكس سلبا على تحقيق الرضى للمريض و الطاقم الساهر على سلامته و راحته.

- الرقابة والمرافقة الدورية على الأداء وعلى الآليات الموضوعه لتتبع النشاط الصحي من خلال السجلات و ملفات المرضى، وعن طريق خبراء في الصحة، كالأطباء المفتشين، وهذا من أجل التحسين والتحصين المستمر للخدمة الصحية، وتحديد مواطن الخلل، وتصحيحها في حينها أو إتخاذ الإجراءات المناسبة، والكف من الحملات التفتيشية المفاجئة الشعبية أمام الكاميرات والمجتمع المدني...التي تمارسها الوصاية.

- ضرورة قيام الأطباء يوميا بتنظيم لقاء صباحي *Colloque* لتدارس ومناقشة حالات المرضى المقيمين في المصالح، من مصلحة الإستعجالات إلى باقي المصالح الاستشفائية.

- 6- يجب على القيادة الإدارية أن تكون أكثر التزاما وتدعيما لمسعى تحسين جودة الخدمات الصحية، واتخاذ مختلف الإجراءات والسياسات التي من شأنها أن تؤدي إلى تدعيم المجهود الرامي إلى تحقيق هذا الهدف.
- 7- ضرورة اهتمام إدارة مستشفى الجلفة باستحداث مصلحة للجودة واستخدام فرق عمل موجهة ذاتيا بهدف المساهمة في نشر ثقافة الجودة بين العاملين وتدريبهم على أن تكون تقارير وملاحظات لجان الجودة ملزمة للإدارة والعاملين.
- 8- ينبغي إعادة تصميم المستشفى من الداخل بما يجعله أكثر جاذبية، وحتى تكون غرف العلاج وأماكن الانتظار ذات مظهر لائق وأكثر نظافة، وكذلك الاهتمام بجاذبية المظهر الخارجي للبناء الخاص بالمستشفى وجاذبية الموقع المحيط به، والمرافق الملحقة به وخاصة الحديقة التي مظهرها الجمالي جد متدني.
- 9- إعطاء عناية أكثر لنوعية الطعام المقدم للمرضى وتحسين شروط تقديمه، لأن ذلك من شأنه أن يدخل السرور على المرضى ويعجل في شفائهم.
- 10- لابد من إدراج التدريس في كليات الطب والتمريض علمي الاجتماع والأنثروبولوجيا وتقديم إطار اجتماعي ثقافي يفيد طلاب الطب ويبصرهم بالأداء السليم لدورهم في المجتمع، بعد أن أثبت الواقع الطبي بعض القصور في الخدمات الصحية، ووجود عوائق ثقافية واجتماعية يحول دون الأداء المهني الأفضل.
- يتضح من خلال دراستنا أن جزء من المشكل تتحمله إدارة المؤسسات الصحية حيث كانت تبدو كأنها مسألة نقص توفير الموارد المادية والبشرية، ولكن أتضح أن كيفية إدارة هذه الموارد بشكل فعال هو المشكلة، فالعنصر البشري هو الأساس، والإدارة الفاعلة هي أساس نجاح المؤسسات الصحية، وذلك لسعيها للإستخدام الأفضل للموارد سواء كانت مادية أم بشرية، ولذلك أوردنا أنه يوجد تفاوت في النجاح بين مؤسسة صحية وأخرى.
- وفي نهاية المطاف فإن هذه التوصيات تعد مساهمة منا لتسليط الضوء على: متطلبات الموارد البشرية لجودة الخدمات الصحية، تاركين المجال لدراسات لاحقة تكمل هذا العمل وتبحث في أسباب تدني مستوى الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية.



# قائمة المراجع

قائمة المراجع:

العربية:

1. إبراهيم عبدالباري، الصباغ زهير نعيم، إدارة الموارد البشرية في القرن الحادي والعشرين منحي نظمي، ط2، عمان: دار وائل، 2010.
2. أحمد رشوان حسين عبدالحميد، الثقافة دراسة في علم الاجتماع الثقافة، مصر: مؤسسة الجامعة للنشر والتوزيع، 2006.
3. إدوارد ج. موراي، الدافعية و الانفعال، ( ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة)، القاهرة: دار الشروق، 1988.
4. باشا نوال، السياسة الصحية في الجزائر (إقتراب سوسيولوجي للخدمة الصحية المقدمة لمريضات القصور الكلوي النهائي )، الجزائر: TAKSIDJ.COM للدراسات والنشر والتوزيع، 2015.
5. البرواري نزار عبد المجيد، باشيوة لحسن عبد الله، إدارة الجودة مدخل للميز مفاهيم و أسس، عمان: مؤسسة الورق للنشر، بدون سنة النشر.
6. بشير عباس محمود العلاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات- مدخل استراتيجي تطبيقي و وظيفي- ، عمان: دار زهران، 1999.
7. بن عيسى محمد المهدي، علم الاجتماع التنظيم من سوسيولوجيا العمل إلى سوسيولوجية المؤسسة، ط1، الجزائر: اميابلاست للنشر والتوزيع، 2010.
8. بواعنة عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم، نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، ط1، عمان: دار حامد للنش، 2004.
9. بوالشرس كمال، الثقافة التنظيمية والاداء في العلوم السلوكية والادارية، ط، عمان: دار الايام، 2014.
10. بوحنية قوي، تنمية الموارد البشرية في ظل العولمة ومجتمع المعلومات، ط1 عمان: مركز الكتاب الاكاديمي، 2010.

11. بوحوش عمار، الذنبيات محمد محمود، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ط5، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2009.
12. بومخلوف محمد، التوطين الصناعي وقضاياه المعاصرة ( الفكرية والتنظيمية والعمرائية والتنمية ) التنظيم الصناعي والبيئة، ط1، الجزائر: شركة دار الأمة، 2001.
13. بيومي مجدي احمد، لطفي محمد السيد، الكفاءة التنظيمية والسلوك الانتاجي مصر: الدار الجامعية للنشر، 2011.
14. جودة محفوظ احمد، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات، ط2، عمان: دار وائل للنشر و التوزيع، 2006.
15. حاروش نورالدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، الجزائر: دار كتامة للنشر والتوزيع، 2008.
16. الحناوي محمد صالح، السيد اسماعيل، قضايا إدارية معاصرة، ط2، الاسكندرية: الدار الجامعية، بدون سنة النشر.
17. خليل موسى، الإدارة المعاصرة(المبادئ، الوظائف، الممارسة)، ط1، بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2005.
18. دراكة مأمون سليمان، إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء، ط1، عمان: دار صفاء للنشر، 2008.
19. ذياب صالح محمود، إدارة خدمات الرعاية الصحية، ط 1، عمان: دار الفكر 2010.
20. ذياب صالح محمود، الساعاتي عبدالله سيف الدين، إدارة المستشفيات منظور شامل، ط2، عمان: دار الفكر، 2016.
21. زاهر عبدالرحيم عاطف، الرقابة على الأعمال الإدارية، ط1، عمان: دار الراية للنشر والتوزيع، 2009.

22. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، عمان: دار المناهج، 2005.
23. سايحي عبدالحق، وآخرون، نظام التعاقد في قطاع الصحة، الجزائر: المدرسة الوطنية للإدارة، 1999.
24. سعدالله ابو القاسم، تاريخ الجزائر الثقافي 1500-1830، ج2، ط1، بيروت: دار الغرب الإسلامي، 1998.
25. السلمي على، إدارة الأفراد والكفاءات الإنتاجية، القاهرة: مكتب غريب للنشر، 1985.
26. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، ط1، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2007.
27. سليمان القضاة حسن صالح، القيادة مدخل في إدارة المستشفيات، ط1، عمان: دار وائل، 2012.
28. السيد طارق، أساسيات علم الاجتماع الطبي، الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة، 2007، ص46.
29. الشاعر عبد المجيد، وآخرون، علم الاجتماع الطبي، ط1، عمان: دار اليازوري، 2000.
30. شاكر سوسن مجيد، الزيادات محمد عواد، الجودة الشاملة والاعتماد الاكاديمي لمؤسسات التعليم العام الجامعي، ط1، الاردن: دار صفاء للنشر، 2008.
31. \_\_\_\_\_، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في الصناعة و التعليم، ط1، عمان: دار صفاء للنشر، 2007.
32. شاويش مصطفى نجيب، ادارة الموارد البشرية وتأثيرات العولمة عليها، ط1 عمان: دار المحدلاوي، 2004.
33. صالح محمد فالح، إدارة الموارد البشرية، ط1، عمان: 2004، دار الحامد للنشر والتوزيع.

34. صقر عاشور أحمد، إدارة القوى العاملة، بيروت: دار النهضة العربية للنشر  
1983.
35. الصيرفي محمد، إدارة المستشفيات العامة والخاصة ( وكيفية تميز العاملين فيها)  
ط1، مصر: دار الفكر الجامعي، 2008.
36. الضمور هاني حامد، تسويق الخدمات، ط2، عمان: دار وائل للنشر، 2004.
37. الطائي يوسف حجم، وآخرون، إدارة الموارد البشرية - مدخل إستراتيجي متكامل  
ط1، الاردن: دار الوراق للنشر والتوزيع، 2006.
38. الطروانة حسين أحمد، توفيق صالح عبد الهادي، الرقابة الإدارية، ط1، عمان: دار  
حامد للنشر والتوزيع، 2011.
39. طلال بن عابد الاحمدي، إدارة الرعاية الصحية، الرياض: الإدارة العامة للنشر  
والتوزيع، 2004.
40. طه طارق، السلوك التنظيمي في بيئة العولمة والانترنت، القاهرة: دار الفكر  
الجامعي، 2008.
41. عارف محمد، تالكوت بارسونز - رائد الوظيفية المعاصرة في علم الاجتماع -  
ط1، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية، 1982.
42. عباس علي، الرقابة الإدارية في منظمات الأعمال، ط1، عمان: اثناء للنشر  
والتوزيع، 2008.
43. عبد الباسط عبد المعطي، اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، الكويت: المجلس  
الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1998.
44. عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، عمان: دار الشروق، 2006.
45. عبدالباقي صلاح الدين، الاتجاهات الحديثة في إدارة الموارد البشرية، الإسكندرية:  
الدار الجامعة الجديدة للنشر، 2002.

46. عبدالرحيم عاطف زاهد، الرقابة على الأعمال الإدارية، عمان: دار الياض للنشر والتوزيع، 2009.
47. عدنان مريزق محمد، مداخل الإدارة المحلية الصحية، ط 1، عمان: دار الياض للنشر والتوزيع، 2012.
48. عدون ناصر دادي، إدارة الموارد البشرية والسلوك التنظيمي - دراسة نظرية وتطبيقية -، الجزائر: دار المحمدية العامة، 2003.
49. العزاوي نجم عبدالله، عباس حسين جواد، الوظائف الاستراتيجية في ادارة الموارد البشرية، عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2010.
50. علي رشوان عبد المنصف، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، القاهرة: المكتب الجامعي الحديث، 2007.
51. علي قدرى الشيخ، وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، ب س ن.
52. غي روشيه، مدخل الى علم الاجتماع العام، ( ترجمة: مصطفى دندشلي)، مصر: المؤسسة العربية للدراسات والنشر، 1982.
53. فرحاتي العربي بلقاسم، تأهيل الموارد البشرية، عمان: دار اسامة للنشر والتوزيع، 2012.
54. فررونسواز جيو، و آخرون، المراقبة الإدارية وقيادة الأداء، تر ( وريدية راشد) ط1، بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2007.
55. فلية فاروق عبده، السيد محمد عبدالحميد، السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، عمان: دار المسير، 2005.
56. ماضي محمد توفيق، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمية، في مجالي الصحة والتعليم ( نموذج مفاهيمي مقترح)، القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات، 2006.

57. ماهر أحمد، إدارة الموارد البشرية، مصر: الدار الجامعية، 2006.
58. محمد الحسن إحسان، المدخل إلى علم الاجتماع، ط1، بيروت: دار الطليعة للصناعة والنشر، 1988.
59. \_\_\_\_\_، النظريات الاجتماعية المتقدمة، ط2، عمان: دار وائل للنشر، 2010.
60. محمد الديري زاهد، الرقابة الإدارية، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2011.
61. محمد المرسي جمال الدين، الإدارة الاستراتيجية للموارد البشرية، مصر: الدار الجامعية، 2003 .
62. محمد بشير، الثقافة والتسيير في الجزائر ( بحث في تفاعل الثقافة التقليدية والثقافة الصناعية )، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2007.
63. محمد بن دليم القحطاني، إدارة الموارد البشرية - نحو منهج إستراتيجي متكامل- ط2 ، الرياض: مكتبة العبيكان للنشر، 2008 .
64. محمد على محمد، وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مصر: دار المعرفة الجامعية، 1989.
65. المحياوي قاسم نايف علوان، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2006.
66. مخيمر عبد العزيز، الطعمانة محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، القاهرة: بحوث ودراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003.
67. مدحت محمد أبو النصر، إدارة و تنمية الموارد البشرية - الاتجاهات المعاصرة- ط1، القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2007.
68. مزاهرة أيمن، وآخرون، علم اجتماع الصحة، ط1، دار اليازوري، 2003.

69. معن خليل عمر، نظريات معاصرة في علم الاجتماع، ط1، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2005.
70. المغربي عبد الحميد عبد الفتاح، الاتجاهات الحديثة في دراسات وممارسات إدارة الموارد البشرية، ط1، عمان: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، 2009.
71. المليجي إبراهيم عيد الهادي، وآخرون، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، مصر: دار المعرفة الجامعية، 2000.
72. مؤيد سعيد السالم، إدارة الموارد البشرية، مدخل استراتيجي، ط1، عمان: اثناء للنشر والتوزيع، 2009.
73. نخبة من أساتذة قسم الاجتماع، المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية لطلاب قسم الاجتماع، مصر: دار المعرفة الجامعية ب.س.ن.
74. نصيرات فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2008.
75. هارلمبس وهولبورن، سوسيولوجية الثقافة والهوية، تر (حاتم حميد محسن)، ط1 دمشق: دار كيوان للطباعة والنشر والتوزيع، 2010.
76. وصفي عقيلي عمر، إدارة الأفراد، عمان: مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية 1982.
77. ياسر البكري ثامر، إدارة المستشفيات، عمان: دار اليازوري، بدون سنة النشر.
78. \_\_\_\_\_، تسويق الخدمات الصحية، عمان: دار اليازوري، 2005.
79. ياغي محمد عبد الفتاح، الرقابة في الإدارة العامة، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2011،

الأجنبية :

1. A. Jaquerye , **La Qualité des Soins infirmier implantation, évaluation, accréditation**, édition maloine,1999.
2. Cloud Vilcot et Hervé Leclét , , **Indicateurs qualité en santé** ,France 1<sup>er</sup> édition , Afnor ,2001



3. Daniel mercure et d'autres ,**Culture et gestion en Algérie** harmahan , édition , Paris , France ,1997.
4. Erhard Friedberg , **Pouvoir et la Règle** , édition seuil ,Paris ,1997.
5. Fatima Zohra Oufrieha , Collaborateurs, **De Réforme en Réforme : Un Système de Santé a croisée des chemins** Cread, Alger, 2006.
6. Jean Paul Grangaud et Autres , **Les Systèmes de santé en Algérie ,Maroc et Tunisie** ,défis nationaux et enjeux partagés,IPMED,2012.
7. Kaid Noura , « **Le système de Santé Algérien entre efficacité et équité** »Thèse de doctorat , Université d'Alger , 2005.
8. Madjid Salmi , **L'inscription et la réalisation de projets d'équipements publics sanitaires entre centralisation et décentralisation ,Un Système de Santé à la croisée des chemins** ,Cread ,Alger ,2006 .
9. Parsons Talcott, **élément Pour une Sociologie De L'action**, Paris, Plon 1955.

المقالات :

1. بكاي ميلود، هرماس محمد، " دور التكوين الشبه طبي في تحقيق جودة الخدمات الصحية في الجزائر " مجلة أنسنة للبحوث والدراسات، الجزائر، الجزء 10، العدد رقم 02، الصادر بتاريخ 12 ديسمبر 2019.
2. بلعباس عبدالوهاب، " السلوك التنظيمي وعلاقات السلطة والقوة ( المفهوم والأبعاد ) مقارنة تحليلية في ضوء نظرية التحليل الاستراتيجي لميشال كروزيه "، مجلة العلوم الإنسانية، الجزائر، العدد 6، ديسمبر 2016.
3. سعدون يوسف، "سوسيولوجيا الطب إلى سوسيولوجيا الصحة"، مجلة البحوث والدراسات الانسانية، الجزائر، ج2، العدد رقم 04، الصادر بتاريخ 31 ماي 2009.

4. سلطان وفاء علا، " أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين " مجلة نصف سنوية، كلية الإدارة و الاقتصاد، العراق، العدد 10، المجلد 05، أيار 2013.
5. عايض عبد اللطيف مصلح، " القيادة الادارية في مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا في تطبيق TQM فيها"، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، اليمن العدد 11، 2013.
6. عليوة علي، " الصراع وإدارة الصراع عند كل من آلان توران ، بيار بورديو ، ميشال كروزيه "، مجلة الرسالة للدراسات الإنسانية، الجزائر، المجلد 2، العدد 09 ديسمبر 2018.
7. لحسن بوعبدالله، مقارنة منظومية للبرامج التكوينية، الجزائر: منشورات مخبر ادارة وتنمية الموارد البشرية، 2010.
8. المدبر مروان، " سوسيولوجيا التنظيمات من ماكس فيبر الى ميشال كروزيه " مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر، العدد 34 سبتمبر 2017 .
9. ناصر بودبزة ، " التحليل الميكرو سوسيولوجي للتنمية التربوية في الجزائر: أزمة فاعلين أم أزمة تنمية " مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر، جامعة ورقلة العدد 23، مارس 2016.

#### الوثائق الحكومية :

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 97- 261 المؤرخ في 14 /07/1997، يحدّد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائيّة وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادرة بتاريخ 16/07/1997.
2. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات تقرير تمهيدي للمجلس الوطني

- لإصلاح المستشفيات: الأولوية والأنشطة المستعجلة، الجزائر، في 17 جانفي 2003.
3. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم: 07-140 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، **الجريدة الرسمية**، العدد 33، الصادر بتاريخ 20 ماي 2007.
4. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، القانون رقم 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، **الجريدة الرسمية**، العدد 08 المؤرخ في 16 فبراير 1985.
5. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 91 - 25 المتضمن قانون المالية 1992، **الجريدة الرسمية**، العدد 65، الصادرة بتاريخ 18 ديسمبر 1991.
6. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 94 - 03 المتضمن قانون المالية 1995، **الجريدة الرسمية**، العدد 132، الصادرة بتاريخ 318 ديسمبر 1994.
7. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ 1997/12/02، يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، **الجريدة الرسمية**، العدد 81، المؤرخ في 10 ديسمبر 1997.
8. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 671-466 المؤرخ في 1997/12/02 يحدّد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها، **الجريدة الرسمية**، العدد 81، المؤرخ في 10 ديسمبر 1997.
9. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، أمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 " يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية "، **الجريدة الرسمية** العدد 01، المؤرخ في 01 يناير 1974.
10. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، دستور 76.

11. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قرار 18 مارس 1965، يتضمن إحداث معهد للطب بمدينة الجزائر، إحداث معهد للطب بمدينة قسنطينة، معهد للصيدلة بمدينة الجزائر، معهد للبحث في الأسنان بمدينة الجزائر، **الجريدة الرسمية**، العدد 26، 26 مارس 1965.
12. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم التنفيذي رقم 86-25، المؤرخ في 11 فيفري 1982، المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، **الجريدة الرسمية**، العدد 06، المؤرخ في 12 فيفري 1986.
13. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 24-240 مؤرخ في 13 أوت 1964 يتضمن تعليم الشبه طبي، **الجريدة الرسمية**، العدد 25، مؤرخ في 21 أوت 1964.
14. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم رقم 65-235 المؤرخ في 22 سبتمبر 1965، يتضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة العمومية، **الجريدة الرسمية**، العدد 80، المؤرخ في 28 سبتمبر 1965.
15. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية التكوين، ف/ي المدارس الخاصة، إرسالية رقم 604، المؤرخة في 24 جوان 2019.
16. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، **المنشور الوزاري رقم 01**، مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء، المؤرخ في 08 أفريل 1995.
17. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الشؤون الإجتماعية، قرار وزاري مؤرخ في 28 أفريل 1964، يتعلق بتنظيم إمتحانات الحصول على شهادة ممرض وممرضة للإسعاف العمومي الجزائري، **الجريدة الرسمية**، العدد 03، المؤرخ في 05 يونيو 1964.

18. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، " المرسوم رقم 69-88 المتضمن بعض أنواع التلقيح الإجباري "، المؤرخ في 17 يونيو 1969، الجريدة الرسمية، عدد 53 الصادرة بتاريخ 20 يوليو 1969.

رسائل غير منشورة :

1. بن عطية منيرة، " إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لبوفاريك- " رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلو التسيير، جامعة الجزائر، 2009.

2. بوعزيز كريمة، " اختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام والقطاع الخاص" رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2002.

3. حوالم رحيمة مولود، " تطبيق إدارة الجودة الشاملة ( دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى )"، القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، سلسلة أطروحات الدكتوراه 2016.

4. خروبي بزاره عمر، "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009 دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف"، رسالة ماجستير، العلوم السياسية والعلاقات الدولية، إشراف نورالدين حاروش، جامعة الجزائر 3، 2011 .

5. سعيدان رشيد، "دور التسيير الاستراتيجي للمواد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية" ( رسالة ماجستير )، كلية العلوم الاقتصادية جامعة ابوبكر بلقايد تلمسان 2011.

6. عدمان مريزق، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية " ( رسالة دكتوراه )، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2008.

7. علامة صليحة، " الأحوال الصحية بالجزائر خلال الاحتلال الفرنسي من 1830-1962 ( عمالة الجزائر نموذجا )"، رسالة دكتوراه، جامعة تلمسان، الجزائر 2017/2016.

8. كحيلية نبيلة " تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحيّة "، ( رسالة ماجستير )، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009.
9. مراكش محمد لمين، " دور نظام الحوافز في تحسين الأداء للموارد البشرية" رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة سعد دحلب، البليدة، 2012.
10. Bertezene Sandra, « **Les démarches qualité dans les Hôpitaux Français** », Thèse de Doctorat, Faculté sciences économiques et de gestion, Lumière, Lyon 2, France, 2000.

المواقع الالكترونية:

1. <http://alrai.com/article/400687>. . إعلان «أما آتا» - صحيفة الرأي .2019/08/10
2. احمد الكردي، " الحافز وعلاقته بالأداء الوظيفي"، مدونة التنمية البشرية والتطوير والأداء [ahmed.kordy.blogspot.com](http://ahmed.kordy.blogspot.com) 2019-4-22 على الساعة h 21:00
3. [w.w.w. Wikipedia](http://www.wikipedia.org), "définition de le santé publique" , consulter le: 03.05.2019 a 10.30' h
4. [http // www . dha . gov . ae / ar / sectors directorates primary healt care , aspx . 25 . 11 . 2019](http://www.dha.gov.ae/ar/sectors/directorates/primaryhealthcare.aspx) à 15h.
5. [www.ida2at.com/the-health-system-in-the-eyes-of](http://www.ida2at.com/the-health-system-in-the-eyes-of) يوم . على موقع .2019/11/10. على الساعة 23.00
6. Louisa Chachoua (Pr), **Le système National De Santé 1962 à Nos Jours**, Colloque International sur Les Politique De Santé, Alger, 18 et 19 Janvier 2014. Sur Site .WWW.Santé.Dz. consulter le: 10 Janvier 2020 à 20.30h.
7. Larbi Abid(Pr), **Les établissements de Santé du Secteur Libéral en Algérie**. Sur Site:[www.Santémaghreb.com/Algerie](http://www.Santémaghreb.com/Algerie). consulter le: 10 Janvier 2020 à 22h.
8. \_\_\_\_\_, **Organisation actuelle du Système de Santé et Perspectives**. Sur Site:[www.Santémaghreb.com/Algerie](http://www.Santémaghreb.com/Algerie). consulter le: 10 Janvier 2020 à 22h.
9. [www. Ew .asu , edu](http://www.Ew.asu.edu) , jo , consulter le 21 . 02 . 14. A 21 . 5 .

10. [http : //www.iumsp.eh](http://www.iumsp.eh). consulter le 03/05/2019 a 10h30'
11. [w.w.w. Wikipedia .com](http://w.w.w. Wikipedia .com) , consulter, le: 03.05.2019 a21 , 45h  
الرعاية الصحية الأولية
12. [www.un.org.developpement](http://www.un.org.developpement) .2019/08/10.
13. بوزيان راضية، التمثل الاجتماعي للصحة والمرض: مقارنة سوسولوجية تحليلية لأعمال كلودين هيزرليتس نموذجا، أعمال الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، جامعة الطارف، لأيام 21،22 أبريل 2014.
14. الابراهيمى زكرياء، ميشيل فوكو: أو المدخل السياسي إلى الصحة، على زيارة الموقع يوم 2020/03/19 [www.alawan.org](http://www.alawan.org)الموقع
15. [www.echoroukonline.com](http://www.echoroukonline.com).2019/08/10: زيارة الموقع يوم  
المنظومة الصحية الجزائرية الأسوء في البلدان المغرب العربي

الملاحق





جامعة زيان عاشور - الجلفة -  
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية  
قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا



بسم الله على كل من يكم ويعمل :  
في إطار قيامنا بالتحضير لمشروع دكتوراه علوم في علم الاجتماع تنظيم وعمل تحت عنوان:  
متطلبات الموارد البشرية لجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية  
وفي سياق بحثنا الميداني في مستشفى الجلفة، يطيب لنا أن نضع بين أيديكم هذه الإستبانة المتضمنة عددا من  
الأسئلة يرجى منكم قراءة كل سؤال بتمعن واختيار الإجابة التي تعكس الواقع، دون الحاجة لذكر ما يشير  
للشخصية، ونؤكد لكم أن الإجابات ستوظف لأغراض البحث العلمي لا أكثر.  
شكرا على مساهمتكم ودمتم في خدمة المريض.

أجب عن الأسئلة التالية بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة:

المحور الاول : البيانات الشخصية

الجنس :  ذكر  انثي  
الفئات العمرية:

من 20 إلى 30 سنة  من 31 إلى 40 سنة

إلى 50 سن  أكثر من 50 سنة

الوظيفة :  طبيب متخصص  طبيب عام

ممرض  مساعد في التمريض  
الحالة العائلية :

متزوج  اعزب  ارمل  مطلق

سنوات العمل :

أقل من 05 سنوات  من 5-10 سنوات

من 11 - 20 سنة  من 21 - 25 سنة

أكثر من 25 سنة

المصلحة : .....

## 2- المحور الثاني الجودة.

رقم العبارة	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	يحرص الفريق الطبي على تقديم الخدمة الصحيحة بالشكل الصحيح من المرة الاولى وبدقة وبدون أخطاء في الفحص والتشخيص.					
2	يعمل النسق الطبي وفق معايير علمية لحماية وسلامة المريض.					
3	يعمل النسق الطبي وفق ما توصلت اليه العلوم الطبية الحديثة.					
4	يلتزم النسق الطبي بالوعود التي يقطعها إتجاه المريض في تقديم الخدمات العلاجية .					
5	توفر المستشفى جميع الخدمات الصحية المساعدة للتحاليل المخبرية .					
6	توفر المستشفى جميع الخدمات الصحية المساعدة من الفحوصات الراديولوجية ، الاشعة ، الإيكوغرافيا سكانير.					
7	تتوفر بالمستشفى جميع الاختصاصات الطبية.					
8	يغطي المستشفى جميع الحالات الاستعجالية بشكل فعال.					
8	يتسم سلوك اعضاء النسق الطبي بالحس الانساني في معاملة المرضى.					
9	يعمل أعضاء الفريق الطبي على بعث الامل والطمأنينة في نفسية المريض.					
10	يستجيب المريض لكل تعليمات النسق الطبي.					
11	يضع المريض كامل ثقته في كفاءة النسق الطبي .					
12	تتوفر بالمستشفى معدات وأجهزة طبية حديثة ومتطورة.					
13	تتوفر بالمستشفى الادوية الضرورية.					
14	تتوفر بالمستشفى الادوية الضرورية.					
15	تتوفر بالمستشفى الادوية بالكميات المناسبة .					
16	تُولي ادارة المستشفى أهمية بالغة بالسجلات الطبية .					
17	يتمتع اعضاء النسق الطبي بمظهر ملائم .					
18	يوفر المستشفى اماكن للانتظار مناسبة وغرف للمرضى نظيفة وجميلة.					
19	يوفر المستشفى غرف مناسبة للمداومة الليلية للأطباء الأخصائيين.					
20	يوفر المستشفى وجبة غذائية بالكمية والنوعية المناسبة للحالة الصحية					

3- المحور الثالث : الحوافز.

رقم العبارة	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	إن ماتقدمه المستشفى من أجر يلبي الحاجيات الأساسية.					
2	يتوافق الأجر المتحصل عليه والمجهودات التي يقدمها العامل.					
3	تمنح الأجور بالمستشفى بانتظام شهريا دون تأخر أو انقطاع .					
4	تمنح علاوة المردودية وفق معايير موضوعية.					
5	ما أتحصل عليه من مبلغ علاوة المردودية يتوافق مع ما ابذله من جهد.					
6	يتم الحصول على منحة المردودية بغض النظر عن اداء الموظف.					
7	يتم الحصول على الترقية وفق معايير موضوعية دون تمييز أو تحيز.					
8	يوفر المستشفى فرص عديدة للترقية.					
9	يمنح المستشفى بدلات ترقى إلى رضى الجميع.					
10	لا تتوانى ادارة المستشفى في معاقبة كل من يتهاون عن العمل.					
11	لا تتوانى ادارة المستشفى في معاقبة كل من يتأخر عن المداومة.					
12	يوفر المستشفى وسيلة نقل لكل المداومين					
13	تحافظ ادارة المستشفى على صحة موظفيها من خلال توفر خدمات طب العمل.					
14	يوفر المستشفى وسائل الحماية من الامراض المعدية والمهنية.					
15	الأجهزة الطبية التي تستخدم في المستشفى جيدة ومناسبة.					
16	العمل بالمستشفى يوفر الشعور بالاستقرار والامان .					
17	تتميز العلاقة بين الأطباء والإدارة بالإحترام.					
18	. تتميز العلاقة بين الأطباء والمرضى بالتعاون.					
19	تأخذ إدارة المستشفى بكل المقترحات التي يقدمها الفريق الطبي .					

#### 4- المحور الرابع : التكوين .

رقم العبارة	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق بشدة	غير موافق
1	يلتحق الموظفون لهذه المهنة كونها عمل دائم .					
2	يلتحق الموظفون لهذه المهنة كونها عمل إنساني بالدرجة الأولى.					
3	تقدم مؤسسة التكوين التي درست بها تكويننا عالي المستوى					
4	للأساتذة المكونين القدرة على نقل المعارف العلمية.					
5	يتميز الأساتذة المكونون بمعاملة طيبة مع الطلبة.					
6	يقوم الأساتذة المكونون اثناء التدريس بإستعمال تكنولوجيا متطورة.					
7	يبدل المتكون في حصوله على المعلومات والمعارف الطبية على مجهودات إضافية شخصية .					
8	يساعد التكوين المتحصل عليه على إكتساب خطة طريق علمية من التشخيص إلى العلاج بالنسبة للطبيب والمهارات التمريضية بالنسبة للمرض.					
9	يعاني الطلبة المتربصون في المستشفى من غياب الإشراف والمتابعة.					
10	البرامج التي درستها تواكب التطورات العلمية الحديثة.					
11	البرامج التي درستها تتلاءم مع ما هو موجود في الميدان ( المستشفى).					
12	تقتصر المؤسسة التي درست بها إلى مخابر لإجراء التجارب والأعمال التطبيقية .					
13	يهتم كل الموظفون بخلية التكوين المتواصل Formation continu المتواجدة بالمستشفى لما تقدمه من جهود لتحسين المستوى العلمي للنسق الطبي .					
14	توفر خلية التكوين المتواصل Formation continu بالمستشفى الكتب الطبية الحديثة والدوريات الطبية العلمية.					
15	تمنح خلية التكوين المتواصل الفرص للنسق الطبي لتحديث وتطوير معارفهم العلمية.					

## 5- المحور الخامس : الرقابة التنظيمية.

رقم العبارة	العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق بشدة	غير موافق
1	توجد بالمستشفى رقابة بشكل دائم على الاقسام والمصالح الإستشفائية.					
2	للرقابة دور فعّال في الحد من التسبب.					
3	للرقابة دور فعّال في تحسين الاداء.					
4	دور الرقابة الحد من الوقوع في الأخطاء.					
5	يعمل الجهاز الرقابي للمشرفين على المرضى للكشف عن صحة التشخيص الذي وضعه الطبيب القائم على حالة المريض.					
6	تعمل الرقابة التنظيمية بالمستشفى على الوقوف على دور الذي يمارسه الممرض، كقياس الثوابت، الوقاية من التقرحات... Constante Vital et La prévention des Escarres.					
7	يعمل الجهاز الرقابي للمشرفين على المرضى للكشف عن صحة خطة العلاج التي وضعها الطبيب القائم على حالة المريض.					
8	يحرص القائمين على المصلحة في تشديد الرقابة على نظام تقييم الاداء.					
9	يعمل النظام الرقابي في المستشفى على القضاء على الغيابات وتسجيل حالات التأخر على المداومة.					
10	يعمل النظام الرقابي في المستشفى على إلزامية حسن الهدام والمظهر لمقدم الخدمة الصحية.					
11	يقوم القائمون على المرضى بمراقبة طرق تقديم العلاج لضمان سلامة المريض.					
12	تقوم الرقابة التنظيمية بالمستشفى على إلزامية حسن					

					استقبال المرضى وذويهم.
					13 يقوم المشرفون على مراقبة السجلات الطبية - كتابة التشخيص وطرق ومدة العلاج واستجابة المريض.
					14 يقوم المشرفون على مراقبة السجلات الشبه الطبية - تسجيل كل الافعال التي قام به الممرض اتجاه المريض.
					15 يقوم الجهاز الرقابي على مراقبة البطاقة الفنية للأجهزة الطبية ( سنة الاستعمال ،صلاحية الاستعمال ، مدة العطل وسببه....)
					16 تقوم الرقابة التنظيمية على مراقبة استعمال الأدوية من حيث الوفرة والاستعمال العقلاني لها، مراقبة المخزون شروط لتخزين ، مدة الصلاحية ...
					17 تقوم الوصاية الوزارة ومديرية الصحة بحملات تفتيشية مفاجئة للكشف عن الاخطاء في الخدمات الصحية

## 6- المحور السادس : الثقافة التنظيمية .

رقم العبارة	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	تتظر المستشفى إلى الموظف كمورد هام له قيمة.					
2	تعتبر المستشفى العمل والانجاز كقيمة ذات أهمية بالغة.					
3	يهتم المدراء بالموظفين من حيث زيادة كفاءاتهم ومتابعة انجازاتهم.					
4	يوجد اتفاق عام في المستشفى بأهمية أوقات العمل .					
5	يركز عمل المستشفى على خدمة المريض والمريض فقط.					
6	جودة الخدمة الصحية أولوية داخل المستشفى.					
7	يتعامل المديرين مع الموظفون كأعضاء اسرة واحدة.					
8	توفر المستشفى جو ملائم لتطوير وتحسين الخدمات الصحية.					
9	يسود جو التعاون بين الزملاء لحل المشكلات التنظيمية وحتى الشخصية.					

					يعمل الجميع كفريق متكامل - طبيب .ممرض.- لخدمة مصلحة المريض.
					10
					يقوم الأطباء برسم خطة لعلاج المرضى من التشخيص إلى العلاج ( حلاقة نقاش Colloque )
					11
					يلتزم الممرضون بتنفيذ تعليمات الطبيب بحذافيرها دون نقاش
					12
					يلتزم الموظفون بتنفيذ الأعمال المطلوبة منهم حسب اللوائح والتعليمات .
					13
					تقوم المستشفى بين الفينة والاخرى بتنشيط ندوات وملتقيات طبية لتحسين مستوى الخدمات الصحية.
					14
					تقوم المؤسسة بعقد شراكة مع المستشفيات الكبرى ( توأمة ) لتحسين مستوى الخدمات الصحية
					15
					تقوم المؤسسة بعقد شراكة مع المستشفيات الكبرى ( توأمة ) لإكساب النسق الطبي الخبرة والمهارة.
					16
					يعمل الفريق الطبي ارساء مبادئ الجودة والالتقان.
					17
					يعمل المسؤولون في إدارة المستشفى على ارساء مبادئ الجودة والالتقان
					18
					أحظى في المستشفى بالاحترام والتقدير من قبل المسؤولين وزملاء العمل.
					19
					إذا استدعيت لتقديم المساعدة بالمصلحة التي اعمل بها وكنت خارج الدوام استجيب عن طيب خاطر .
					20
					إذا كانت المصلحة التي اعمل بها مكتظة بالمرضى فإنني أبادر بتقديم يد العون بالرغم من انتهاء دوامي في العمل.
					21



# Université de Ziane Achour - Djelfa –



Faculté des Sciences Sociales et Humaines.

Département de Sociologie et de démographie.

Dans le cadre de ma soutenance de thèse de doctorat « **Les Besoins des ressources humaines pour améliorer la qualité des services de Santé en Algérie** » spécialité sociologie organisation et travail .J'ai l'honneur de vous transmettre le présent questionnaire dans un but scientifique a nous retourner dûment rempli.

*Merci et Bon courage*

*Notice ; S'il vous plait mettez (x) sur la case qui convient*

## 1)\_ RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS :

Sexe : Masculin  Féminin

Age : De 20 à 30 ans.  De 31 à 40 ans.

De 41 à 50 ans.  Plus de 50

Niveau Professionnel : Médecin Spécialiste  Médecin Généraliste

Infirmier  A.T.S

L'état Civil : Marié  Célibataire

Divorcé  veuf

Les années de Travail : Moins de 05 ans  De 05 a 10 ans.

De 11 a 20 ans  De 21 a 25 ans.

Plus de 25 ans.

Service : .....



## 2) Qualité des services de santé.

N°	Les propositions	Tt a fait d'accord	d'accord	Indécis	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1	L'équipe médicale fournit le service adéquat de manière correcte, avec précision et sans erreurs d'examen ni de diagnostic.					
2	Le système médical fonctionne selon des critères scientifiques pour la protection et la sécurité du patient.					
3	Le système médical fonctionne selon les données récentes des sciences.					
4	Le système médical s'engage à respecter ses devoirs envers le patient pour fournir des services de soins.					
5	L'hôpital fournit tous les services de santé auxiliaires y compris les tests de laboratoire.					
6	L'hôpital fournit tous les services de santé auxiliaires y compris la radiologie (écographie, radio standard, scanner).					
7	Toutes les spécialités médicales sont disponibles à l'hôpital.					
8	L'hôpital couvre efficacement tous les cas d'urgence.					
9	Le comportement de la communauté médicale a un caractère humain dans le traitement des patients.					
10	L'équipe médicale travaille à créer l'espoir et à rassurer la psyché du patient.					
11	Le patient répond à toutes les instructions et directives du médecin.					
12	Le patient met toute sa confiance dans l'équipe médicale.					
13	L'hôpital dispose d'équipements médicaux modernes et évolués.					
14	L'hôpital fournit les médicaments nécessaires.					
15	L'hôpital fournit des médicaments en quantités appropriées.					
16	L'administration hospitalière donne une grande importance aux registres médicaux.					
17	Les membres de l'équipe soignante ont une apparence appropriée.					
18	L'hôpital dispose de salles d'attente et de chambres adaptées aux patients qui sont propres et belles.					

19	L'hôpital fournit des chambres de gardes de nuit adaptées aux médecins spécialistes					
20	L'hôpital fournit un repas en quantité et qualité suffisantes et adéquat pour chaque état de santé.					
21	L'équipe médicale fournit le service adéquat de manière correcte, avec précision et sans erreurs d'examen ni de diagnostic.					

### 3) Les Incitations.

N°	Les propositions	Tt a fait d'accord	d'accord	Indécis	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1	L'hôpital fournit un salaire qui répond aux besoins de base					
2	Les efforts fournis par les travailleurs et les salaires sont équivalents.					
3	Les salaires sont payés régulièrement par l'hôpital.					
4	La prime de rendement est accordée en fonction de critères objectifs					
5	Ce que je reçois comme montant de prime de rendement correspond à ce que je fournis comme effort.					
6	La prime de rendement est obtenue quelle que soit la performance de l'employé.					
7	La promotion est réalisée selon des critères objectifs, sans discrimination ni parti pris.					
8	L'hôpital offre ou propose de nombreuses possibilités de promotion.					
9	L'hôpital offre des tenues professionnelles qui satisfont tout le monde.					
10	L'administration hospitalière pénalise tous ceux qui abandonnent leur poste de travail.					
11	L'administration hospitalière punie quiconque est en retard pour sa prise de fonction pendant la garde.					
12	L'hôpital fournit un moyen de transport à tous les professionnels de garde.					
13	L'hôpital maintient et préserve la santé de ses employés en fournissant des services de médecine du travail.					
14	L'hôpital fournit une protection contre les maladies infectieuses.					

15	Les appareils Médicaux utilisés à l'hôpital sont conformes et utiles.					
16	Travailler à l'hôpital procure un sentiment de stabilité et de sécurité.					
17	La relation entre médecin et administration se base sur le respect.					
18	La relation entre médecins et infirmiers est basée sur la coopération.					

#### 4) La formation

N°	Les propositions	Tt a fait d'accord	d'accord	Indécis	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1	Les employés postulent à la profession car il s'agit d'un emploi permanent.					
2	Les employés postulent à la profession principalement car il s'agit d'un travail humanitaire.					
3	L'institut ou j'ai fait mes études offre un niveau de formation de haut niveau.					
4	Les enseignants ont la capacité de transmettre des connaissances scientifiques.					
5	Les professeurs ont un bon comportement avec les étudiants.					
6	Lors de l'enseignement les professeurs utilisent une technologie de pointe.					
7	L'étudiant en science de la santé fournie des efforts personnels supplémentaires.					
8	La formation médicale permet d'acquérir la capacité de faire un diagnostic Pour le médecin et d'appliquer des méthodes scientifiques pour les soins infirmier.					
9	Les étudiants stagiaires souffrent du manque de supervision et de suivi.					
10	Les programmes enseignés sont en phase avec les données récentes de la science.					
11	Les programmes étudiés correspondent à ce qu'on voie sur le terrain (hôpital).					
12	L'instituts ou j'ai étudié manque de laboratoires pour les expériences et les travaux appliqués.					
13	Tous les employés sont intéressés par la cellule de formation continue pour son effort visant à améliorer le niveau scientifique de l'équipe soignante.					
14	La cellule de formation continue de					

	l'hôpital propose des ouvrages médicaux modernes et des revues médicales internationales.					
15	La cellule de formation continue offre des possibilités à tous les médecins qui souhaitent suivre le rythme des développements actuels des sciences médicales.					

## 5) Contrôle organisationnel.

N°	Les propositions	Tt a fait d'accord	d'accord	Indécis	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1	L'hôpital exerce un contrôle permanent sur tous les services.					
2	Le contrôle a un rôle très important dans la limitation des négligences.					
3	Le contrôle a un rôle important dans l'amélioration des actes.					
4	Le rôle du contrôle est la limitation et la diminution du risque d'erreur.					
5	L'organisme de contrôle de l'équipe soignante vérifie l'exactitude du diagnostic posé par les médecins.					
6	L'organisme de contrôle vise à évaluer le rôle de l'infirmier dans la mesure des constantes vitales et la prévention des escarres.					
7	L'organisme de contrôle de l'équipe soignante évalue l'exactitude des plans de soins élaboré par le médecin. .					
8	Les responsables de service veillent à renforcer le contrôle du système d'évaluation des actes.					
9	L'organisme de contrôle veille à supprimer l'absentéisme et les retards au travail.					
10	L'organisme de contrôle veille à l'obligation du port des tenues règlementaires et des apparences respectables.					
11	L'équipe soignante contrôle les méthodes de soins pour assurer une sécurité aux patients.					
12	L'organisme de contrôle veille à l'obligation au bon accueil aux patients et aux accompagnateurs.					

13	L'organisme de control vérifie les registres médicaux – diagnostic, méthode et durée des soins-.					
14	L'organisme de control vérifie les registres paramédicaux – Gestes effectué par l'infirmier-.					
15	L'organisme de control vérifie les fiches techniques des appareils médicaux –date de mise en fonction, durée des pannes et leur causes-.					
16	L'organisme de contrôle vérifie l'usage des médicaments sur le plan quantitatif, leurs utilisations rationnelles, les stocks, condition de stockage et les dates de péremption.					
17	Les inspections inopinées visent à identifier les failles dans l'action sanitaire.					
18	L'hôpital exerce un contrôle permanent sur tous les services.					
19	Le contrôle a un rôle très important dans la limitation des négligences.					

## 6) Culture organisationnelle.

N°	Les propositions	Tt a fait d'accord	d'accord	Indécis	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1	L'hôpital considère l'employé comme une ressource de valeur importante.					
2	L'hôpital considère le travail et les réalisations comme une valeur très importante.					
3	Les gestionnaires sont soucieux d'aider les employés à augmenter leurs compétences et de suivre leurs réalisations.					
4	Il existe un accord général an niveau de l'hôpital sur l'importance des horaires de travail.					
5	La mission de l'hôpital est axée uniquement sur les soins aux patients.					
6	La qualité des services de santé est une priorité au sein de l'hôpital.					
7	Les gestionnaires se comportent avec les employés comme les membres d'une même famille.					
8	L'hôpital fournit une atmosphère appropriée pour le développement et l'amélioration des services de santé.					

9	Les collègues coopèrent pour résoudre des problèmes d'organisation et même des problèmes personnels.					
10	Tout le monde travaille en équipe complémentaire -médecin et infirmier- Pour servir les intérêts du patient.					
11	Les médecins élaborent un plan pour prendre en charge les patients du diagnostic au traitement.					
12	Les infirmiers appliquent scrupuleusement les instructions du médecin après discussion.					
13	Les employés effectuent les travaux requis conformément aux règlements.					
14	De temps à autre, l'hôpital organise des séminaires et des forums médicaux pour améliorer le niveau des services de santé.					
15	L'institution hospitalière travaille en partenariat avec les principaux hôpitaux (jumelages) pour améliorer le niveau des services de santé.					
16	L'institution hospitalière s'associe à de grands hôpitaux (jumelages) pour fournir une expertise et des compétences à l'équipe soignante.					
17	L'équipe médicale travaille à l'établissement des principes de qualité et de perfection.					
18	Les responsables de la gestion des hôpitaux s'emploient à établir des principes de qualité et de perfection.					
19	Je suis respecté à l'hôpital par les fonctionnaires et les collègues.					
20	Si je suis appelé à l'aide dans mon service en dehors des heures de garde, je réponds volontiers.					
21	Je peux apporter mon aide en dehors des heures de travail si mon service est dépassé par le nombre de consultant.					

## الكلمات المفتاحية:

- جودة الخدمة الصحيّة - الفريق الطبي - الحوافز - التكوين - الرقابة التنظيمية - الثقافة التنظيمية.

## ملخص الدراسة:

تحاول هذه الدراسة الموسومة بمتطلبات الموارد البشرية لجودة الخدمة الصحيّة تسليط الضوء على الواقع الفعلي والملموس للخدمة الصحيّة المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة من خلال قياس المتغيرات المستقلة لكل من: التكوين، التحفيز، الرقابة التنظيمية، الثقافة التنظيمية، للفاعلين الممارسين للخدمة بصفتهم المحرك الرئيسي لها؛ ومدى إرتباطها بمستوى جودة الخدمة الصحيّة المقدمة في ذات المؤسسة.

ولهذا الغرض قسم هذا البحث إلى قسمين، قسم نظري يحتوي على خمسة فصول، جاء في الفصل الأول عرض الإطار العام للدراسة من إشكالية وفرضيات الدراسة، أهمية وأهداف الدراسة، والدراسات السابقة. الفصل الثاني بعنوان سوسيولوجيا الموارد البشرية في التنظيم جاء فيه مفهوم وتطور الموارد البشرية، أهمية وأهداف الموارد البشرية في التنظيم السلوك والفعل الاجتماعي في النظرية السيكو-سوسيولوجية. الفصل الثالث بعنوان سوسيولوجيا الأداء لصناعة التميز في التنظيم، والذي تعرض فيه الباحث إلى متغيرات الدراسة؛ الثقافة التنظيمية، ثم تناول الرقابة التنظيمية من الرقابة إلى المرافقة، لينتقل إلى الحوافز و التكوين.، الفصل الرابع بعنوان سوسيولوجيا جودة الخدمة الصحيّة، والذي تعرض فيه الباحث إلى الصّحة والمرض من منظور سوسيولوجي، المؤسسات الصحية من منظور سوسيولوجي، الفاعلون في الخدمة الصحية، سوسيولوجيا الخدمة الصحيّة، سوسيولوجيا جودة الخدمات الصحيّة. الفصل الخامس وضع تحت عنوان اقتراب سوسيولوجي للخدمة الصحيّة في الجزائر تعرض فيه الباحث في البداية إلى مدخل مفاهيمي في النظام الصحي، ليعرج على السياق التاريخي لتطور النظام الصحي في الجزائر، ثم الانتقال

إلى واقع التسيير الصحي في الجزائر. أما الإطار الثاني للبحث فقد احتوى على فصلين: الإجراءات المنهجية للدراسة، تحليل البيانات والنتائج العامة للبحث.

وقد تمّ إجراء الدراسة الميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة باستخدام المنهج الوصفي واستعمال اداة الاستمارة، على عينة مكونة 344 فرد من الفريق الطبي المعالج بمستشفى الجلفة ( طبيب، ممرض) وقد استعمل الباحث البرنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية، فكانت نتائج الدراسة :

☒ انخفاض في مستوى منظومة الحوافز يقابله انخفاض في مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

☒ انخفاض في مستوى منظومة الثقافة التنظيمية يقابله انخفاض في مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

☒ انخفاض في مستوى التكوين بنوعيه ( الأساسي والمتواصل ) يقابله انخفاض في مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

☒ انخفاض في مستوى منظومة الرقابة التنظيمية يقابله انخفاض في مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

من خلال هذه الدراسة لاسيما ما تعلق بالفرضية العامة يمكن القول أن هناك ارتباط ذو دلالة إحصائية بين متطلبات الموارد البشرية وجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية المجاهد محاد عبدالقادر بالجلفة، التي أسفرت نتائجها إلى أنّ عدم الاهتمام بالفاعلين الممارسين للخدمة الصحية على اعتبار أنّهم المحرك الأهم في تحقيق أهداف المنظمة الصحية أثر سلبا على مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.



**Key words:**

Quality of health care- medical crew-motivations-training-regulatory control – regulatory culture.

**Summary:**

This study which is entitled by “the requirements of human resources for a quality health care” tries to highlight the real health care services provided in the public Hospital “Mehad Abdelkader institution” in Djelfa by measuring the levels of independent variables, training, incentive system, regulatory control, regulatory culture for the actors in the health service as they are the main driver of it .And the extension to which it relates to the quality of health care services provided in the same institution.

For this purpose, this research is divided into two frameworks: a theoretical framework containing five chapters, the first chapter presented the general framework of the study from the problematic, hypotheses of the study, the importance and objectives of the study and previous studies. The second chapter entitled: the sociological human resources in organization in which concept and development of human resources came in and also mentioned the importance and objectives of human resources in organization and behaviour and social action in the theory of Seiko-Sociological. The third chapter entitled The sociology of performance to the industry of excellence in organization, in which the researcher was exposed the study variables , training, incentive system, regulatory control, regulatory culture. The fourth chapter entitled the sociology of health service quality in which the researcher exposed health and disease from sociological context , the health organizations from sociological context ,the actors in the health service, sociology of health service and sociology of health service quality. The fifth chapter entitled by sociological approach for

health system in Algeria in which the researcher exposed to conceptual introduction to the health system and then to move to the historical context of the development of the health system in Algeria, and then to move on to the reality of health management in Algeria and finally to move to obstacles facing the development the health system in Algeria.

The second framework of research contained two chapters, the methodological procedures of the study, the analyses of data and the general results of the research.

The field study was conducted in the public Hospital institution in Djelfa by applying the descriptive method and using a tool which is the questionnaire, on a sample of 344 members of the medical team working in Djelfa Hospital ( doctor and nurse) and we have obtained the following results:

>Decrease in the level of the incentive system is offset by a decrease in the quality of the health service provided by the public Hospital institution in Djelfa.

> A decrease the level of the organizational culture system is offset by a decrease in the quality of the health service provided by the public Hospital institution in Djelfa.

>Decrease in the level of training of both types ( basic and continuous) is offset by decrease in the quality of the health service provided by the public Hospital institution in Djelfa.

>Decrease in the level of the regulatory control system is offset by decrease in the quality of the health service provided by the public Hospital institution in Djelfa.

Through this study, especially with regard to the general hypothesis, it can be said that there is a statistically significant correlation between the requirement of human resources and the quality of the health service in the public Hospital institution in Djelfa. The results of this study shows that the no care about the actors in health care services although they are the main driver in the realization of the objectives of health organization affects negatively on the level of health care quality which is provided in the public Hospital “Mehad Abdelkader institution” in Djelfa.

## **Mots clés :**

- qualité des services de santé – L'équipe Médicale
- incitations – formation – le contrôle organisationnel - la culture organisationnelle.

## **Résumé**

Cette étude axée sur les exigences d'une bonne qualité des services de santé souligne, la réalité des services présentés sur le terrain dans l'établissement public hospitalier : el moudjahid Mehad Abdelkader de Djelfa, et cela par la mesure des variables indépendantes de la formation, la motivation, le control et la culture organisationnelles chez le personnel exerçant qui est le principal élément. Ainsi découvrir a quel point sont en relations avec la qualité des services dans cet établissement. La recherche se compose d'une partie théorique de cinq chapitres. Le premier chapitre expose la problématique, les hypothèses, l'importance et les objectifs de l'étude ainsi que les études précédentes.

Le deuxième chapitre : « Sociologie des ressources humaines dans l'organisation » traite le concept et le développement des ressources humaines dans l'organisation du comportement et l'action sociale dans la théorie de Psycho-sociologie.

Le troisième chapitre : « La sociologie de la performance pour atteindre l'excellence organisationnelle », le chercheur expose les variables de l'étude et la culture organisationnelle, le contrôle organisationnel, du contrôle à l'accompagnement en passant par les incitations et la formation.

Le quatrième chapitre intitulé : « Sociologie de la qualité des services de santé » le chercheur l'a consacré à l'étude sociologique de la santé et la maladie, de l'établissement de la santé et du personnel exerçant et aux services et leurs qualités.

Dans le cinquième chapitre intitulé : « Approche sociologique du service de santé en Algérie » le chercheur commence par une

introduction conceptuelle du système de la santé, ensuite, il présente le contexte historique de l'évolution du système de la santé en Algérie et conclut avec la réalité de la gestion actuelle de la santé.

La deuxième partie de la recherche se compose de deux volets. Les procédures méthodologiques de l'étude et l'analyse des données et enfin les résultats généraux de l'étude.

Une étude sur le terrain a été menée à l'EPH de Djelfa, en utilisant une approche descriptive avec un questionnaire sur un échantillon composé de 344 personnes (médecins et infirmiers). L'analyse a été effectuée en utilisant le programme SPSS et les résultats étaient comme suit :

- Une insuffisance de motivation a conduit à la dégradation de la qualité des services dans cet établissement.
- Un manque de la culture organisationnelle entraîne une mauvaise qualité des services dans cet établissement.
- Un niveau faible de formation (de base ou continue) a conduit aussi à la dégradation de la qualité des services dans cet établissement.
- Un système de contrôle organisationnel dégradé a conduit à une mauvaise qualité des services dans cet établissement.

Statistiquement, cette étude confirme l'hypothèse générale et on peut dire qu'il existe une relation entre les conditions des ressources humaines et la qualité des services de santé de l'EPH : el Moudjahid Mehad Abdelkader de Djelfa. Et que le manque d'intérêt pour le personnel exerçant de la santé, qui est principal élément pour la réalisation des objectifs du système de la santé, a bien affecté négativement la qualité des services dans l'EPH de Djelfa.