

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع

الصراع بين السلطة الإدارية والسلطة الطبية وتأثيرها على
الخدمة الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية.

"دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي مسيلة"

مذكرة تخرج مكملة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع تنظيم وعمل

إشراف الدكتور:

إعداد الطالبة:

- جغلولي يوسف

دالي امال

السنة الجامعية: 2013-2014



شكر و عرفان

شكر و عرفان

بسم الله الرحمن الرحيم

"وقل اعملوا، فسرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون " صدق الله العظيم

الهي لا يطيب الليل إلا بشكر ولا يطيب النهار إلا بطاعتك "" ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك

ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك "" ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك الله جل جلاله إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة

ونصح الأمة إلى نبي الرحمة ونور العالمين سيدنا محمد صل الله عليه وسلم

لا بد لنا ونحن نخطو خطواتنا الأخيرة في الحياة الجماعية من وقفة تعود إلى أعوام قضيناها في رحاب الجامعة

مع أساتذتنا الكرام الذين قدموا لنا الكثير باذلين بذلك جهود في بناء جيل الغد لبعث الأمة من جديد.

وقبل أن نمضي نتقدم اسمى آيات الشكر والتقدير والمحبة إلى الذين حملوا أقدم رسالة في الحياة إلى الذين

مهدوا لنا الطريق العلم والمعرفة إلى جميع أساتذتنا الأفاضل.

"كن عالما ... فان لم تستطع فكن متعلما ، فان لم تستطع فأحب العلماء، فان لم تستطع فلا تبغظهم"

واخص بالتقدير والشكر الأستاذ المشرف: جغلولي يوسف

التي نقول لها بشراك قول رسول الله صل الله عليه وسلم " أن الحوت في البحر، والطير في السماء ليصلون

على من علم الناس الخير"، وكذلك نشكر كل من ساعد على إتمام هذا البحث وقدم لنا العون ومد لنا يد

المساعدة وزودنا بالمعلومات اللازمة لإتمام هذا البحث كما لا ننسى كل من زرعو التفاؤل في دربنا وقدموا لنا

المساعدات والتسهيلات والأفكار والمعلومات كما نشكر كل اساتذة قسم على الاجتماع .

أمال

الفهرس

	- الشكر
	- الإهداء
	- الفهرس
	- قائمة الأشكال
	- قائمة الجداول
أ	- مقدمة
2	- 1 - الإطار النظري و المفاهيمي لدراسة .
2	- 1 - 1 - إشكالية الدراسة
3	- 1 - 2 - أسباب اختيار الموضوع .
3	- 1 - 3 - أهداف و أهمية الدراسة .
4	- 1 - 4 - صعوبات الدراسة .
5	- 1 - 5 - تحديد المفاهيم .
12	- 1 - 6 - المقاربة السوسولوجية .
13	- 1 - 7 - الدراسات السابقة .
	1 - الفصل الأول : الصراع داخل المنظمة الاستشفائية .
	- تمهيد
21	1-1- الصراع نظرياته و أسبابه و مراحلها .
21	1-1-1- النظريات السوسولوجية لصراع داخل التنظيم .
29	1-1-2- أسباب الصراع .

31	1-1-3- مراحل الصراع .
32	1-1-4- أنواع الصراع .
33	1-2- استراتيجيات تسيير الصراع .
33	1-2-1- نتائج و آثار الصراع التنظيمي .
35	1-2-2- إستراتيجية إدارة الصراع التنظيمي .
37	1-2-3- سياسة التفاوض لحل الصراع .
38	1-3- أسباب و نتائج الصراع السلطوي داخل القطاع الصحي .
39	1-3-2- أسباب الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية
41	1-3-3- النتائج المترتبة عن الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية
45	1-3-4- إستراتيجية إدارة الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية داخل المستشفى.
	- خلاصة الفصل
	2 - الفصل الثاني : السلطة و التنظيم الإداري للقطاعات الصحية و علاقته بالصراع
	- تمهيد
49	2-1- ممارسة السلطة و آليات التمكين لها.
49	2-1-1- السلطة بدايتها و مكانتها .
49	2-1-1- السلطة و النفوذ .
50	2-1-3- السلطة و القوة .
51	2-1-4- الاتجاهات النظرية حول السلطة .
54	2-1-5- أهداف السلطة .
55	2-1-6- مصادر السلطة .

56	2-1-7- أنواع السلطة .
58	2-2- الإطار العملي لكل من السلطة الإدارية و السلطة الطبية .
58	2-2-1- الإطار القانوني و التنظيمي للمؤسسات الصحية .
59	2-2-2- التنظيم الإداري للقطاعات الصحية .
62	2-2-3- شروط توظيف أصحاب السلطة الإدارية و السلطة الطبية .
64	2-2-4- مهام السلطة الإدارية .
67	2-2-5- مهام السلطة الطبية .
68	2-2-6- علاقات العمل بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية .
69	2-2-7- تصور الطبيب لمكانته داخل المستشفى .
70	2-2-8- مظاهر الصراع السلطوي في القطاع الصحي .
71	2-3- المسؤولية الإدارية و الطبية و تأثيراتها على نوعية الخدمات الصحية المقدمة.
71	2-3-1- خصائص الخدمات الصحية و تصنيفاتها .
72	2-3-2- الطاقم الطبي و الصحي في المؤسسات الصحية .
73	2-3-3- أبعاد و نظم الخدمات الصحية .
74	2-3-4- أسس دراسة و تقييم الخدمات الصحية و إدارة المنظمات الصحية .
75	2-3-5- إدارة المؤسسات الصحية و تقييم خدماتها .
	- خلاصة الفصل
	3 - الفصل الثالث : علاقة القرار بالصراع و أساليب تحسين فعاليته .
	- تمهيد
80	3-1-1- القرار و أهميته داخل التنظيم .

80	3-1-2- نظيرة اتخاذ القرارات لهريت سيمون .
81	3-1-2- أهمية القرارات .
82	3-1-3- أنواع القرارات .
84	3-1-4- طبيعة القرارات .
85	3-1-5- مستويات القرارات .
86	3-1-6- العوامل المؤثرة في عملية اتخاذ القرارات .
87	3-2- القرار و الصراع و آليات تسييرها .
87	3-2-1- أساليب اتخاذ القرارات .
90	3-2-2- مراحل اتخاذ القرارات .
92	3-2-3- أهمية الفرد في اتخاذ القرارات .
93	3-2-4- نماذج اتخاذ القرارات .
94	3-2-5- أنماط أصحاب السلطة في اتخاذ القرارات .
95	3-2-6- القرار و الصراع .
97	3-3- القرار السلطوي و الاستشفائي و علاقته بالصراع .
97	3-3-1- قرار السلطة الإدارية و علاقته بالصراع .
98	3-3-2- قرار السلطة الإدارية داخل المستشفى .
99	3-3-3- قرار مجلس الإدارة داخل المستشفى .
100	3-3-4- قرار السلطة الطبية داخل المستشفى .
100	3-3-5- قرار المجلس الطبي داخل المستشفى .
101	3-3-6- العلاقة بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية في اتخاذ القرارات.

	- خلاصة الفصل
	4 - الفصل الرابع : علاقة السمات الشخصية للفاعلين بالصراع داخل المنظمة .
	- تمهيد
105	4-1- محددات فهم شخصية صاحب السلطة .
105	4-1-1- التكوين أهدافه و احتياجاته .
107	4-1-2- نظريات الشخصية .
108	4-1-3- طبيعة و محددات شخصية الفرد داخل المنظمة .
110	4-1-4- صفات الشخصية أبعادها و أنواعها .
113	4-1-5- الشخصية الإدارية الإسلامية .
115	4-2- محددات السلوك لتكوين شخصية الفرد .
115	4-2-1- مبادئ السلوك .
115	4-2-2- خصائص السلوك و مقوماته .
116	4-2-3- علاقة الشخصية بالسلوك .
117	4-2-4- التعلم و علاقته بتكوين شخصية الفرد .
118	4-2-5- القيم أنواعها و أهميتها و مستوياتها و أثرها على السلوك .
120	4-2-6- الثقافة و أثرها على السلوك داخل المنظمة .
122	4-3- تكوين شخصية أصحاب السلطة و أثرها على إحداث الصراع.
122	4-3-1- تكوين أصحاب السلطة الإدارية في القطاع الاستشفائي .
125	4-3-2- تكوين أصحاب السلك الطبي في القطاع الاستشفائي .
126	4-3-3- تحديد سلوك السلطة الإدارية داخل المستشفى .

127	4-3-4- تحديد سلوك السلطة الطبية داخل المستشفى .
	- خلاصة الفصل
	5 - الفصل الخامس : التنظيم الإداري الاستشفائي
	- تمهيد
132	5-1- النظريات السوسولوجية للتنظيم .
133	5-1-1- النظرية الكلاسيكية .
133	5-1-2- النظرية الإدارية العلمية .
134	5-1-3- نظرية العلاقات الإنسانية .
135	5-1-4- النظرية البيروقراطية .
136	5-2- أهمية التنظيم الإداري و وظيفته داخل المؤسسة .
136	5-2-1- أهمية التنظيم .
137	5-2-2- أهداف التنظيم .
138	5-2-3- أنواع التنظيم .
139	5-2-4- عناصر التنظيم .
140	5-2-5- خصائص التنظيم و مهامه .
141	5-2-6- إعادة التنظيم .
142	5-3- التنظيم الاستشفائي و تحديد وظائفه .
142	5-3-1- تطور المنظومة الصحية بالجزائر .
144	5-3-2- السمات التي تميز المستشفى .
145	5-3-3- وظائف المستشفى .

145	5-3-4- مكونات المستشفى .
147	5-3-5- الإطار التنظيمي للمستشفى .
	- خلاصة الفصل
	6 - الفصل السادس : الدراسة الميدانية
151	6-1- المنهج المتبع .
151	6-2- الأدوات المنهجية المستعملة في الدراسة .
153	6-3- تقنيات فرز و تحليل البيانات .
153	6-4- العينة .
154	6-5- مجالات الدراسة .
158	6-6- عرض و تحليل معطيات الدراسة .
158	6-6-1- تحليل معطيات الاستمارة .
222	6-6-2- عرض و تحليل المقابلات .
243	6-6-3- تحليل نتائج المقابلات .
247	6-6-4- الملاحظة .
249	6-7- التحليل السوسيوولوجي لنتائج الدراسة .
	- الخاتمة
	- المراجع
	- الملاحق

فهرسة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجداول
33	جدول يبين العلاقة بين الصراع والأداء التنظيمي	.1
34	جدول يبين طرق إدارة الصراع	.2
68	جدول يبين السلطة الإدارية في المؤسسة الصحية	.3
129	جدول يبين القيم الموجودة داخل المنظمة	.4
133	جدول يبين التكوين بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية	.5
الجانب الميداني		.6
168	جدول يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس	.7
169	جدول يبين توزيع أفراد العينة حسب السن	.8
170	جدول يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية	.9
171	جدول يبين توزيع أفراد العينة حسب الموقع	.10
174	جدول يبين طريقة التوظيف	.11
175	جدول يبين أسباب تولي المنصب	.12
175	جدول يبين الصعوبات داخل المؤسسة	.13
176	جدول يبين التسيير داخل المؤسسة	.14
177	جدول يبين تقييم عملية صنع القرارات	.15
178	جدول يبين خدمة القرارات الإدارية	.16
179	جدول يبين مشاركة الأطباء والإداريين في اتخاذ القرارات	.17
180	جدول يبين نوع القرارات المتخذة	.18
181	جدول يبين درجة الرضا عن القرارات وردود الفعل	.19

182	جدول يبين عدم الرضا عن الميزانية المقدمة	20
183	جدول يبين تقييم التشاور بين الإدارة والأطباء	21
184	جدول يبين صعوبات اتخاذ قرارات في تقسيم الميزانية	22
185	جدول يبين قرار الميزانية ورد الفعل	23
185	جدول يبين الخلاف بين الإدارة والأطباء	24
186	جدول يبين تأثير وسائل العمل داخل المؤسسة على رضا العمال	25
187	جدول يبين أسباب الصراع حول التجهيزات ووسائل العمل داخل المؤسسة	26
188	جدول يبين طريقة توزيع الوسائل العلاجية	27
189	جدول يبين الحصول على خدمات داخل المستشفى	28
189	جدول يبين الرضا على توزيع الخدمات	29
190	جدول يبين المشاكل داخل المؤسسة الاستشفائية	30
191	جدول يبين الدافع الذي أدى إلى اختيار المهنة	31
192	جدول يبين الأشياء التي تجلبها الوظيفة	32
193	جدول يبين كيفية سير العمل داخل المؤسسة الاستشفائية	33
194	جدول يبين طبيعة العلاقة بالهيئة العليا	34
195	جدول يبين الأشخاص الذين يحس معهم المسؤولين بالرضا	35
196	جدول يبين صعوبات التعامل مع الطرف الآخر	36
197	جدول يبين التقصير في العمل والأطراف التي شعرت بذلك	37
198	جدول يبين إجراء دورات تدريبية	38
198	جدول يبين التعامل الحسن مع الطبيب أكثر من الإداريين	39
199	جدول يبين أسباب إعطاء الإدارة أهمية أكبر لأطباء على حساب آخرين	40
200	جدول يبين الرضا عن الأجر	41

201	جدول يبين مستوى المؤسسة الاستشفائية التي يعملون بها	42
202	جدول يبين الاحترام بين الإدارة والأطباء داخل المستشفى	43
202	جدول يبين المشاكل الخارجية	44
203	جدول يبين تأثير المشاكل الخارجية على العمل داخل المستشفى	45
204	جدول يبين وجود ضغوطات داخلية تؤثر على المكانة	46
205	جدول يبين ازدواجية السلطة داخل التنظيم الاستشفائي	47
206	جدول يبين طبيعة العلاقة بين السلكين	48
207	جدول يبين المسؤول عن إدارة الصراع	49
208	جدول يبين أسلوب حل المشاكل العمالية	50
209	جدول يبين المساهمة في حل المشكلات العمالية	51
210	جدول يبين مستقبل المستشفى	52
222	جدول يبين عرض نتائج المقابلة	53

فهرسة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
22	شكل يوضح المسار الماركسي لعلاقة الصراع	01
23	شكل يوضح المسار الخلدوني لعلاقة الصراع	02
30	شكل يوضح أسباب الصراع داخل التنظيم	03
35	شكل يوضح شبكة حل الصراع	04
72	شكل يوضح مخطط بين العلاقة بين السلطة الإدارية والسلطة الطبية	05
97	شكل يوضح مراحل اتخاذ القرار	06
98	شكل يوضح دورة عملية اتخاذ القرار	07
121	شكل يوضح القوى الرئيسية المؤثرة في شخصية الفرد	08
121	شكل يوضح الاختلافات الجسمانية والنفسية للأفراد	09
159	شكل يوضح العناصر مكونات المستشفى	10
الجانب الميداني		
168	شكل يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس	01
169	شكل يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن	02
170	شكل يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية	03
171	شكل يوضح توزيع أفراد العينة حسب الموقع	04

مَعْرِفَةٌ

مقدمة:

من الطبيعي أن تعمل المنظمة بكفاءة وفاعلية شريطة أن يكون هناك تفاعل متواصل بين الأفراد والجماعات المختلفة في شتى الأنحاء وعلى صعيد المستويات التنظيمية، حيث تحدد المنظمات أهدافها ولغرض تحقيق هذه الأهداف لا بد من الاستعانة بمجموعة من العمال من ذوي التخصصات المختلفة الذين يكلفون بتحقيق الأهداف الجزئية للوحدات التي يعملون فيها، ولقدرة هؤلاء العمال لتحقيق أهداف وحداتهم فإنهم يعتمدون على بعضهم البعض لأغراض شتى مثل تبادل المعلومات والرأي، الخبرة والتعاون، التشاور والتنسيق، فهذه الاعتمادية والترابط بين عمال الوحدات مع بعضهم البعض قد يؤدي إلى اتفاق العمال في بعض المواقف (كاتفقهم حول الأهداف المشتركة) وتعارضهم واختلافهم في البعض الآخر (كإختلاف وجهات نظرهم حول كيفية إنجاز العمل، أو في الوسائل اللازمة لذلك) وهو ما يؤدي إلى حدوث الصراع التنظيمي.

فالصراع التنظيمي هو أمر طبيعي وحتمي لا بد أن يظهر في أي منظمة مهما كانت طبيعة نشاطها لذا أصبح من الواجب على إدارة المنظمة الاعتراف به كظاهرة طبيعية وحتمية وسمة تنظيمية ملازمة لحياة المنظمات، والتعرف على أسبابه ومصادره سعياً إلى التوصل إلى الطريقة المناسبة للتعامل مع مثل هذه المواقف التنظيمية، وغالبا ما تحصل الصراعات بين العاملين بسبب الخلفيات الثقافية المتداخلة للأفراد داخل المنظمة، إضافة إلى الاختلافات في قيمهم واتجاهاتهم ومؤهلاتهم و مدرجاتهم.

إن الاهتمام المتزايد للحصول على أكثر قدر من المصالح الشخصية والسيطرة على الموارد النادرة للمنظمة هو غاية كل فرد داخلها والأخص صاحب السلطة، فهو في سعي دائم لتحقيق المكانة والمحافظة على التمرکز بين أعضائها في إصدار الأوامر والقرارات وتقديم الاقتراحات والتوجيهات ليكون الفاعل الأساسي المساهم في تحقيق الأهداف والحفاظ على استمرار المنظمة.

إلا ان الفرد بطبيعته الإبداعية والابتكارية يتم إشراكه واستشارته في حل المشاكل العالقة وإبداء الاقتراحات الجديدة، ليتمكن أصحاب القرار بمساعدة الفاعلين من زيادة فاعلية التنظيم، فالتفاعل هو مؤشر الاتفاق.

لهذا كانت أغلب جهود الباحثين موجهة إلى دراسة التعاون، رغم ذلك يبقى الصراع على مستوى التنظيمات الاجتماعية أمراً حتمياً سواء كانت تلك التنظيمات سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية، بل ان الصراع داخل الفرد نفسه أيضاً أمر حتمي وذلك لتعدد المؤثرات النفسية والاجتماعية الداخلية والخارجية عليه من ناحية، ولكون الإنسان يؤدي عدة أدوار في آن واحد من ناحية أخرى، حيث يعتبره بعض الباحثين ظاهرة عكسية تعيق مسار التنظيم بين أفرادها.

بينما اعتبر آخرون الصراع عملية ضرورية لتحقيق التغيير الجذري ولكل المؤسسات وعلى هذا الأساس برزت جملة من النظريات التي يحدد من خلالها مصادر الصراع.

فالماركسية الجديدة ترجع الصراع إلى تناقض المصالح والسعي وراء وصول إلى السلطة لتحقيق المصلحة الشخصية داخلاً التنظيم

أما الاتجاهات الحديثة فهي تعتبر أساس بروز الصراع وهو تراكم خصائص شخصية للفاعلين داخل المنظمة التي تنعكس على التسيير وممارسة خطة التنظيم.

فالصراع يكون على عدة مستويات ومن بينها الصراع بين السلطتين مختلفتين في التكوين والمهام والمعتقدات داخل تنظيم واحد، الذي يكون سببا في الخلاف والتضارب على المصالح والامتيازات، فيؤدي إلى إحداث خلل على مستوى المهام الممارسة.

لذا نحاول البحث عن العلاقة بين مختلف المصالح التي تجمع داخل التنظيم ومخلف الاختلافات والصراعات التي تحدث بين أعضائها التي تؤثر على استقرار النظام الداخلي مع محاولة البحث عن علاقة الطريقة الفعالة المساهمة في إدارة الصراع وجعله وظيفي.

حيث يتناول موضوع دراستنا الصراع بين السلطة الإدارية والسلطة الطبية وتأثيره على مستوى الخدمة الصحية المقدمة داخل التنظيم الاستشفائي العمومي.

ولتحقيق ذلك خصصنا في بداية الدراسة مدخلا منهجيا تناولنا فيه الجانب النظري، حيث احتوى على الإطار المنهجي العام للدراسة، كما ركزنا في الفصل الأول من الدراسة على الجانب النظري الخاص بالصراع داخل التنظيمات بعض نظرياته وأهم أسبابه والمراحل التي تمر بها، ونتائج المتوصل إليها وكيفية إدارته ليكون وظيفي وأخيرا البحث في موضوع السلطة، انطلاقا من أهم النظريات مع تبيان أهدافها ومصادرها انتقالاتا إلى توضيح الفرق بين مهامك السلطة الإدارية والطبية المحدثه لصراع ومدى تأثيرها على الخدمات الصحية المقدمة.

أما علاقة القرارات المتخذة داخل القطاع الاستشفائي بالصراع فقد تطرقنا إليها في الفصل الثالث، وتناولنا في الفصل الرابع عوامل تحديد شخصية صاحب السلطة وعلاقتها بإحداث الصراع داخل المنظمة. وآخر فص نظري وهو الفصل الخامس الذي خصصناه إلى التنظيم الإداري والاستشفائي مع تبيان مدى فعاليته لتحقيق أهداف المؤسسة.

انتقلنا في الفصل السادس إلى تحديد الطر المنهجية والميدانية المتعلقة بموضوع الدراسة، طريقة اختيار عينة الدراسة، ثم تقنيات واوات جمع البيانات الميدانية، حيث تم جمع المعطيات ولبينات الميدانية وفرزها وتبويبها وعلاجها في جداول مع تحليلها إحصائيا وسوسيوولوجيا والقيام بمقابلات عرضها وتحليلها مع إعطاء في بعض النقاط ما لاحظناه داخل المستشفى طيلة مدة إجراء الدراسة الميدانية، لتنتهي إلى تحليل ومناقشة النتائج التي توصلنا إليها في هذه الدراسة.

الفصل الثماني

1-1- إشكالية الدراسة :

ما يعرف الآن أن المنظمات تعتبر منتجة لثقافات تبرز هوية المنظمة في المجتمع، هاته الثقافات تشرح سلوك المنظمة في تقديم خدمات على شكل تسويقي لإشباع حاجيات المجتمع. لكن بناء تلك الثقافات يعتمد على مجموعة من السلوكيات التنظيمية التي ترتبط باختيارات و قيم الفرد المنفذة للعملية التنظيمية. إلا أن جودة تلك الخدمة المقدمة من طرف المنظمة يرتبط أكثر بكفاءة العملية البشرية ونموذج ممارسات السلطة داخل المؤسسة.

وعلى تعدد حاجيات المجتمع وتنوعها، تنوعت هذه المؤسسات واختلقت أهدافها وأشكالها، خاصة مع التطور العلمي والتكنولوجي الذي شهده العصر الحديث، وما نتج عنه من تغير وتطور في جميع مجالات الحياة، وأصبحت كل مؤسسة من المؤسسات تسعى لتقديم أحسن المنتجات والخدمات، وبالطريقة والكيفية التي يطلبها أفراد المجتمع، فنجد المؤسسات الاقتصادية تسارع في تقديم أحسن المنتجات، والمؤسسات الخدمائية تسعى لتقدم أرقى وأجود الخدمات.

فحينما يتعلق الأمر بمؤسسة خدمائية وبصفة خاصة الصحية منها ، فان تقديم أفضل الخدمات يصبح أكثر من حتمية، هذا ما يتطلب كفاءة عالية في التسيير والتنظيم الطبي التي يجب أن يتمتع بها صاحب السلطة داخلها، ولخصوصية وحساسية العمل داخل هيكلها التنظيمي واختلاف المهام المسندة إلى موظفيها في إطار تباين التخصصات أدى إلى ازدواجية السلطة في العمل التسييري .

فبينما يتواجد المدير المسؤول عن حفظ الأمن داخل المستشفى بصحبة رؤساء المكاتب الذين يكونون مسؤولين معه على متابعة الأقسام العلاجية ، هناك سلطة ثانية والتي ترجع إلى هيئة التدريس الطبية والتي تمنح لنفسها السلطة المطلقة لتغيير مجرى النظام في المستشفى وهذا لما تكتسبه من خبرة وتجربة ومهارة تسمح لها من اتخاذ القرارات الخاصة بالرعاية الطبية، إلا أن الاختلاف في وجهات النظر وعدم التوافق على الأهداف الساعية لتحقيقها أدى إلى بروز صراع بين السلطتين فنظرا للحرية التي يتمتع بها الأطباء مع المكانة الوظيفية التي يعتبرونها أرقى من الوظيفة الإدارية فهم لا يأخذون بالقرارات التي وضعها مدير المستشفى، وعلى هذا الأساس أجريت كثير من الدراسات السوسولوجية التي تسعى إلى جعل الصراع وظيفيا بالنسبة للتنظيم الصحي، وضرورة تخصيص كل من الإداريين والأطباء المتمركزين على رأس السلطة الاستشفائية الجزء من وقتهم لحل مشاكلهم وهذا بمساعدة جملة من الباحثين السوسولوجيين الذين يسعون إلى تطوير التنظيمات وأهدافها للوصول إلى حل مناسب يرضي جميع العاملين بها وبالتالي زيادة فاعلية الأداء.

فالناتج المتوصل إليها نستطيع تعميمها على التنظيم الاستشفائي، كما انه لا ينفي الوضعية التي تمس المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية التي تلاحظ هي الأخرى صراعا مستمرا بين السلطتين مما يؤثر على سير التنظيم الاستشفائي الداخلي.

من هنا يمكن طرح التساؤلات التالية:

- هل أسبقية أحد أطراف السلطة الاستشفائية لاتخاذ القرارات من أجل تحقيق أكبر الامتيازات هو ما يثير الصراع الذي يؤثر على الرعاية الصحية؟
- هل التمايز في الصفات الشخصية (القيم، المعتقدات، الثقافة، التكوين) لأصحاب السلطة الإدارية أو تصور الطبيب لمكانته هو الذي يولد الصراع؟
- هل إدارة المنظمة الاستشفائية دون التوقف على توازن السلطات لا يسمح بالتطوير الإداري لها
- كيف يمكن إدارة هذا الصراع داخل المستشفى لعدم تعريض سيره إلى اختلالات تؤثر على نوعية الخدمات؟

الفرضيات:

- تتسارع كل من السلطة الإدارية والسلطة الطبية لاتخاذ القرارات من أجل الحصول على امتيازات يولد صراعا الذي يؤثر على نوعية الخدمات الصحية.
- التمايز في الصفات الشخصية وتصور الطبيب لمكانته يولد الصراع بالمؤسسة الاستشفائية
- إدارة المنظمة الاستشفائية دون التوقف على توازن السلطات لا يسمح بالتطوير الإداري لها.
- الإدارة هي المسؤول الأول عن حل الصراعات العمالية في مستشفى الزهراوي.

1-2- أسباب اختيار الموضوع :

- الميل الشخصي إلى دراسة مثل هذه المواضيع خاصة المتعلقة بالتنظيم الاستشفائي
- النظرة السلبية التي تكونت لدى المجتمع الجزائري حول ضعف النظام الاستشفائي وكيفية تطبيقه من طرف مسيريه مع توظيفه حسب ما يحققه من مصالح شخصية، هذا الأخير الذي زاد من إحباط المواطنين توجههم إلى القطاع الخاص قصد تلقي أحسن الخدمات العلاجية.
- تعظيم مهنة الطبيب على حساب التخصصات الأخرى خصوصا المتعلقة بالتنظيم الإداري، هذا الذي أحدث صراعا مستمرا ومتزايدا يفرض الطبيب مكانته ووظيفته على حساب السلطة الإدارية .
- اهتمام أغلبية الباحثين واقتصار معظم الدراسات والبحوث على مصادر الصراع بين أرباب العمل والعمال وانعكاساته على الأداء و النتائج المقدم ، إلى جانب كيفية إدارته داخل المؤسسات الصناعية الإنتاجية .
- التعرف على أسباب ونتائج ظاهرة ازدواجية السلطة في المستشفيات، هذه الظاهرة التي يندر وجودها في بقية المنظمات، بسبب الخصائص الاجتماعية والتنظيمية التي ينفرد المستشفى بها عن هذه الأخيرة.
- الميل الشخصي للبحث في جميع المواضيع المتعلقة بالمستشفيات، وخصوصا المرتبطة بأداء هذه الأخيرة وأداء العاملين فيها، كون أن هذه المنظمات تعتبر مجالا حديثا وخصبا للدراسة، كما أنها مرفق جد حيوي يجب التركيز عليه والاهتمام به، من أجل تحسين وتطوير خدماته التي هي مرتبطة أساسا بصحة المواطنين.

- المساهمة في إثراء المكتبة الجامعية والجزائرية عموماً، والتي تعاني من نقص محسوس في المراجع المتعلقة بالمستشفيات لإسيما التي تمس الجانب البشري منها، والذي قد يرجع إلى الحداثة النسبية لظهور علوم لإدارة الصحية وإدارة المستشفيات.

1-3- أهداف وأهمية الدراسة:

- المساهمة بدراسات جديدة في تخصص لم يعرف بعد دراسات واسعة
- محاولة معرفة مصادر الصراع بين المسؤولين الإداريين ورؤساء الأقسام ، مع تحديد نوعية العلاقة المهنية التي تجمعهم ، بالتركيز على أسباب وقوع الخلافات داخل المستشفيات التي أجريت بها الدراسة الميدانية .
- ملاحظة طريقة التعامل والاتصال التي تحدث بين مدير المستشفى ورؤساء الأقسام، والهدف هو التعرف على إمكانية وجود مساواة أو العكس أثناء التعامل و تقسيم الميزانية وتوفير جميع الاحتياجات المهنية لرؤساء الأقسام و في جميع المصالح .
- السعي وراء معرفة النقص الذي يعرفه التسيير الاستشفائي الإداري ، من ناحية الحوافز و الامتيازات المقدمة و القوانين المعمول بها ووزارياً مع محاولة تداركه ومعالجته لتجنب الخلافات والصراعات وبالتالي إعادة الاعتبار للقطاع الصحي العمومي.

4-1- صعوبات الدراسة :

- من خلال انجاز هذا البحث العلمي صادفتنا بعض المشاكل و الصعوبات التي عرقلت نوعاً ما مهمتنا و بالتالي لم يكن سهلاً القيام بالبحث وأهمها ما يلي :
- وجود معظم رؤساء المصالح في قاعة الفحص، الجراحة أو الإنعاش هذا ما سبب لنا صعوبة الاتصال بهم مما أدى بنا إلى ضرورة الانتقال لميدان الدراسة عدة مرات قصد توزيع الاستمارات وإعادة استرجاعها أو اخذ مواعيد للقيام بمقابلات مع رؤساء المصالح .
- صعوبة جمع المعطيات ، حيث قمنا في بداية الأمر بانتهاج تقنية المقابلة فقط ، لكن أسئلة هذه المقابلة لم تلقى تجاوب معظم المبحوثين الإداريين و الأطباء ، كما أن معظم المبحوثين لم يقبلوا إجراء مقابلات معنا .
- هذا ما دعانا إلى انتهاج تقنية الاستمارة ، لكن مع قلة أفراد العينة في مستشفى واحد من رؤساء مصالح و مسؤولين إداريين أدى بنا إلى القيام بالدراسة الميدانية في ثلاثة مستشفيات رغم بعد المسافة و طول فترة توزيع الاستمارات و استرجاعها لان فترة استرجاع الاستمارات كانت في أيام العطلة الصيفية .
- يمس موضوع دراستنا احد المواضيع الحساسة داخل التنظيم ، و هو الصراع الذي وجدنا من خلاله عدة صعوبات من اجل معرفة أسبابه داخل قطاع خدماتي حساس كالقطاع الاستشفائي رغم طرح أسئلة غير مباشرة لان بعض المسؤولين امتنعوا عن ملا بعض الأسئلة فاضطررنا في بعض الأحيان إلى إعادة ملا الاستمارة مع المبحوثين .

1-5- تحديد المفاهيم :

- الصراع التنظيمي : لقد تعددت مفاهيم الصراع المستخدمة من طرف العلماء وبما أننا نهتم بالصراع داخل المؤسسة الخدمائية (المستشفى العمومي) يمكن تعريفه على انه : تعارض في المصالح بين طرفين أو عدة أطراف أين يكمن الحل في استعمال القوة أو المفاوضة .

وبهذا فالصراع هو حالة انفعالية تنتج عن الصراع بين الرغبات المضادة وعدم إشباع الحاجات، أو عدم السماح لرغبة مكبوتة بالتعبير عن ذاتها شعوريا .

كما انه يعتبر احد أنماط التفاعل الاجتماعي الذي ينشأ عند تعارض المصالح ، وهناك من اعتبره أيضا موقفا تنافسيا ينقلب بعد ذلك إلى صراع حيث يعمل كل طرف على تحطيم الآخر والتفوق عليه¹ في حين اعتبره البعض الآخر انه نزاع الخصم شرطا ضروريا لتوصل إلى الهدف ويظهر في عملية الصراع الأشخاص بشكل واضح من ظهور الهدف المباشر² .

والصراع هو نزاع مباشر مقصود بين أفراد أو جماعات من اجل هدف واحد وتعتبر هزيمة الخصم شرطا ضروريا لتوصل إلى الهدف³ .

كما انه موقف تنافسي بين فريقين أو تنظيمين أهدافهما متعارضة حيث يرغب فيه كل طرف بالحصول على المركز أو الصلاحية أو القوة بما يتعارض مع رغبة الطرف الآخر ، كما يمكن أن يكون الصراع ذا هدف وظيفي و قد يؤدي إلى الاختلال الوظيفي⁴ .

و يعرف ألان توران الصراع بأنه : علاقة بين شخصين أو أكثر ذات طابع تعارضى يميل الطرفان أو احدهما إلى إحكام سلطته على محيط العلاقات الاجتماعية⁵ .

و بهذا و من خلال ما سبق عرضه من تعريفات عن الصراع نستنتج أن مضمونه في كل الحالات يتطلب وجود على الأقل طرفان بحيث يريد دائما احد الطرفين تحطيم الطرف الآخر، أما عن الصراع الذي نعنيه في دراستنا هذه فيتمثل في التعريف الإجرائي التالي :

تعريف الصراع إجرائيا : هو سلوك تنظيمي ينشأ بين سلطتين مختلفتين معرفا وعلميا السلطة الإدارية و السلطة الطبية داخل تنظيم واحد التنظيم الاستشفائي الذي يبرز عدم الاتفاق بينهما حول طرق التسيير و اتخاذ القرارات للحصول على المكانة و تحقيق المصالح الشخصية و الذي ينعكس على مستوى الخدمات الصحية المقدمة .

- **السلطة الإدارية :** لقد عرف الإنسان عبر مسيرته الطويلة سواء في مجال التنظيم السياسي أو الديني أو الاجتماعي عدة أشكال من السلطة و منه فان مبدأ إخضاع الفرد لسلطته ظل مهيمنا على فكر

¹ - احمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، انجليزي، فرنسي، عربي، مكتبة لبنان، بيروت، صفحة 79

² - محمد علي محمد و السيد عبد العاصي ، قاموس علم الاجتماع ، جامعة الإسكندرية ، مصر، صفحة 82

³ - محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية، مصر، بدون سنة، ص 82

⁴ - محمود سليمان العميان : السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال - دار وائل للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ،

الطبعة الثانية سنة 2004 ، ص 364

⁵ - Alain T , Sekio laklador et autre : gestion de ressources humaines , canada , Année 1993 , page 872.

الإنسان والسلطة عموماً تستمد شرعيتها من عدم التكافؤ القوي بين المتسلط والمتسلط عليه سواء كانت مادية أو فكرية أو معنوية¹. وعلى هذا الأساس يمكن تقديم بعض تعاريف السلطة قصد توضيح هذا المفهوم المتناول في دراستنا .

فالسلطة هي : القدرة على فرض إرادة أخرى² ، كما عرفها البعض على أنها ذلك الحق الواجب في اتخاذ القرارات للفصل في النزاعات و القدرة على تطبيق القرارات ، فسلطة هي أساس النظام الاجتماعي بحيث لا يمكن لأي هيئة تشيئية الاستغناء عنها .

وترجع أهمية السلطة إلى أنها توجه سلوك الأفراد بصورة محددة لانجاز الأهداف العامة، ويتحقق ذلك من خلال بعض الميكانزمات مثل : التبادل و المصالح المشتركة والتضامن و القوة³ .

أما فيما يتعلق بالسلطة داخل المنظمة فهي: الحق في إصدار الأوامر إلى الغير (التابعين والمرؤوسين) وبموجب هذا الحق يكون على التابعين و المرؤوسين الطاعة التامة لهذه الأوامر، كما انه كلما اقتربنا من الهيكل التنظيمي زاد مقدار السلطة الممنوحة للمديرين و العكس تقل درجة السلطة كلما اقتربنا من القاعدة⁴

كما أن السلطة هي حق أداء الأعمال أو تكليف آخرين بانجازها ، بالإضافة إلى تعيين الأفراد وإعدادهم وتدريبهم و تحديد أجورهم و ساعات عملهم ، و هي عند هانري فايول حق الأمر و قدرة جعل الآخرين يطيعونه⁵.

وبهذا نستخلص من خلال ما سبق عرضه أن السلطة في مجملها تقتضي وجود قوة ، أو حق أو واجب يفرضه احد الأطراف على الآخر

أما عن مفهوم السلطة في دراستنا هذه فيمكن تعريفه إجرائياً .

تعريف السلطة إجرائياً : السلطة هي الإدارة العليا (السلطة الإدارية و الطبية) المكلفة بإصدار الأوامر و اتخاذ القرارات و حسم القضايا في إطار تسيير المنظمة للوصول إلى الأهداف المخططة لها سابقاً لتوفير وسائل العمل الحديثة ، تحفيز العمال ، مراقبة العمل المنجز و هذا لتحسين الخدمات الصحية داخل المستشفى .

السلطة الإدارية في المستشفى: هي السلطة العليا التي تتركز في يد مدير عام للمستشفى أو مدير فرعي لها مختص في علم الإدارة يتم إعداده عن طريق عدد من الدورات التدريبية الطبية، حيث يخول له القانون الحق في التوجيه و القيادة و التسيير إلى جانب تحديد أهداف المؤسسة الاستشفائية واختيار السياسة و الوسائل و البرامج و الإجراءات اللازمة للوصول إلى هذه الأهداف، كما يعمل على تنظيم البيانات الداخلية و يهتم بتحديد مهام كل العاملين بها طبقاً لمقاييس المهنة الطبية ، و يقوم

1 - احمد شيشوب : علوم التربية ، المؤسسة الوطنية للكتاب ، الجزائر ، 1991 ، ص64

2 - محمد السويدي: علم الاجتماع السياسي ميدانه وقضاياها، ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون الجزائر، 1990، ص172

3 - محمد عاطف غيث ، مرجع سابق ، ص 39

4 - جازية عنتر: أصول التنظيم و الإدارة ، دار النشر، مكتبة عين الشمس، القاهرة ، ط2، 1999، ص 298

5 - ناصر دادي عدون: اقتصاد المؤسسة ، الدار المحمدية العامة ، القاهرة ، ط 1 ، 1988 ، ص 236

بتوجيههم و إرشادهم لأداء الخدمات الصحية بصفة جيدة لضمان رعاية حسنة للمريض ، كما يهتم بتنسيق الجهود و هذا بإجراء مفاوضات مع مستشفيات وهيئات تدريبية طبية خارجية و لهذا يجب على كل مسؤول أن يكون على علم بالأهداف التي عليه تحقيقها.¹

أما تحديدنا لمفهوم السلطة الإدارية من خلال ميدان الدراسة فقد كان كما يلي :

تعريف السلطة الإدارية إجرائيا : و هي السلطة التي تخول لها صلاحية التحكم و التسيير الإداري بالمستشفى والمتركة في يد المدير العام للمستشفى الذي يوجد في قمة الهيكل التنظيمي الاستشفائي .

إضافة إلى نوابه ولا ننسى رؤساء المكاتب الذين لديهم دور بتسيير أجواء العمل و ذلك حسب المركز الإداري والتخصص العلمي ، فدورهم هو التنظيم و ذلك بالتخطيط ووضع سياسات ناجعة للعمل والتنسيق بين المهام وتوجيه الأفراد أذنى مستوى منهم ، كدراسة الميزانية المقدمة و التخطيط إلى كيفية توزيعها و تقسيمها وهذا بعد التعرف على حاجيات المصالح و الذي يكون بالتشاور مع المسؤولين الطبيين .

السلطة الطبية : يمثلها الأطباء سواء في الطب العام أو الأخصائيين ، هذه السلطة تمنحها لهم الخبرة و المهارة التي تحصلوا عليها خلال فترة تكوينهم و التي تسمح لهم باتخاذ القرارات الخاصة بالرعاية الصحية و المتابعة الطبية و مختلف متطلباتها و مستلزماتها و بالتالي هم يتمتعون بالسلطة المهنية داخل المؤسسة الاستشفائية إضافة إلى التأثير في القرارات التي تصدرها الهيئة الإدارية² فالأطباء يوضعون في قمة السلم الهرمي ، لأنه بخبراتهم و كفاءتهم يستطيعون فهم الأمور العلاجية و تفسيرها نظريا و عمليا للأطباء و الشبه الطبيين المبتدئين ، كما بإمكانهم تشخيص حالات المرضى قبل إدخالهم قسم العلاج كما يعملون على إعداد المخططات الطبية و البحوث العلمية الاستشفائية ، هذا ما يخول لهم المسؤولية لإدارة المصالح الاستشفائية³ والإعطاء أكثر توضيح حول مفهوم السلطة الطبية سوف نقوم بتعريفها إجرائيا:

تعريف السلطة الطبية إجرائيا : يعين رؤساء المصالح من بين الأطباء المختصين الذين لديهم خبرة لمدة سنتين مع درجة التأهيل ، إضافة إلى طبيب عام منسق لديه نفس الخبرة مع درجة التأهيل وطبيب عام مسؤول على الوحدات القاعدية و دورهم هو الحفاظ على السير الخدماتي الحسن داخل الوحدات العلاجية بالسهر على ضمان توفر جميع المتطلبات العلاجية لجميع العاملين التقنيين و هذا بمشاركة مسؤولوا الإدارة في اتخاذ القرارات، ومعالجة الأمور إضافة إلى تقديم الميزانية لأنهم أكثر دراية بالأمور التقنية الاستشفائية .

¹ ² - فاروق مداس : التنظيم و علاقات العمل ، دار الطبع و النشر مؤسسة الإخوة مدني ، المملكة العربية السعودية، بدون سنة ، ص50 و 54

³ - Jesette hart et Sylire Lucas : Management hospitalier stratégie nouvelles des cadre , edition , lamane ; paris 2004 , p 175

التنظيم : تعددت تعريفات كلمة تنظيم وتباينت الآراء حولها وذلك انطلاقاً من الإطار النظري الذي تنسب إليه أو توضع فيه هذه الأخيرة ، ولقد انصب الاهتمام بصفة متعاقبة حول مختلف أشكال العلاقة بين المبنية بين الأفراد داخل التنظيم الواحد، وبهذا أتت تعاريف التنظيم على النحو التالي :

فمعجم العلوم الاجتماعية قد يبين معنيين للتنظيم :

المعنى الأول : هو منظمة و يدل على أن مجموعة من الأفراد ينتظمون بمقتضى قواعد مضبوطة و لوائح محددة و أهداف مرسومة مثل المؤسسات الصناعية و المؤسسات الخدمائية الصحية .

والمعنى الثاني: ويقصد به التنظيم الاجتماعي بصورة عامة بما فيها من عمليات ، و علاقات، وما يحققه من أهداف اجتماعية عامة أي يحدد الهياكل الأساسية التي تقوم في المجتمع¹.

كما يعرف محمد علي محمد التنظيمات على أنها : وحدات اجتماعية تقام وفقاً لنموذج بنائي معين ، لكي يتحقق أهداف محددة² .

وفي هذا التعريف الباحث قد يبين لنا شكل التنظيمات ، حيث وصفها بأنها وحدات اجتماعية تقام عن قصد و ذلك لتحقيق الأهداف المسطرة .

وحسب علي محمد عبد الوهاب فقد قسم كلمة التنظيم في شرحه إلى الوظيفة و الشكل :

فالمعنى الأول : هو عبارة عن عملية جمع الناس في منظمة و تقسيم العمل بينهم وتوزيع الأدوار حسب قدرتهم و رغباتهم و التنسيق بين جهودهم و إنشاء شبكة متناسقة من الاتصالات، فيما بينهم حتى يستطيعوا أن يصلوا إلى أهداف محددة لهم معروفة للجميع .

أما المعنى الثاني والمتمثل في الشكل أو الهيكل التنظيمي فيقصد بهم الجماعات والأدوار والأقسام التي تعمل بها الناس والعلاقات التي تنظم أعمالهم بطريقة متعاونة منسقة ليصلوا لها إلى هدف محدد³.

وبهذا فالتنظيم يطلق على كل مؤسسة أو هيئة مهما كانت طبيعة نشاطاتها، إذا فالأفراد يجتمعون في هذه المنظمات و يؤدون أعمالهم حسب التخصص و تقسيم العمل فيما بينهم هذا كله يتطلب خلق شبكة متناسقة من الاتصالات يتوصلون من خلالها إلى تحقيق الأهداف المحددة و المعروفة لدى الجميع.

تعريف التنظيم إجرائياً: التنظيم الاستشفائي هو تشخيص مختلف الطاقات البشرية، الأطباء والإداريين و المادية وسائل العلاج التي يتم جمعها حسب اختصاصه و رغبته، و كذا تقسيم العمل فيما بينهم و التنسيق بين جهودهم ، قصد الابتعاد عن الخلافات والصراعات القائمة داخله لان الهدف الأساسي هو رعاية المرضى بتقديم أحسن الخدمات الصحية .

الخدمة الصحية: و هي تعني كافة أوجه الرعاية للمريض مع تقديم الدواء و الغذاء و المعاملة الجيدة و الأخصائي الاجتماعي، و بالتالي هي تتضمن إلحاق المريض بالمؤسسة الصحية و تقديم له

1 - إبراهيم مذكور: معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، مصر، 1975 ، ص 275

2 - محمد علي محمد : علم الاجتماع التنظيم ، دار الكتاب الجامعية، الإسكندرية ، مصر ، الجزء 1 ، 1972 ، ص81

3 - بوفلجة غياث ، مقدمة في علم النفس التنظيمية ، OPU ، بن عكنون ، الجزائر ، 1992 ، ص14

الفحوص و التشخيص و الدواء و الغذاء اللازمين و معاملته معاملة حسنة من طرف القوى الطبية العاملة لتساعده على الشفاء.¹

اتخاذ القرار: هو مصطلح يشير إلى عملية ديناميكية تسود بين كافة المشاركين في اختيار السياسة الملائمة و من الممكن تحديد نطاق عملية اتخاذ القرار واقعيا عن طريق حصر عدد المشاركين الذين يستطيعون التأثير في تشكيل طبيعة القرار.²

فعملية اتخاذ القرار أساسية و ديناميكية بالنسبة لمهام المدير في أي مؤسسة و ذلك بوصفها نقطة الانطلاق لجميع الأنشطة و البرامج التي تتم داخل المؤسسة بل يتعدى ذلك علاقة المؤسسة بالمجتمع أو البيئة المحيطة و تزداد أهمية اتخاذ القرارات كلما زاد حجم المنشأة و تعددت نواحي نشاطاتها.³

فلقرار الإداري هو اختيار أحسن البدائل المتاحة بعد دراسة النتائج المتوقعة من كل بديل و أثرها في تحقيق الأهداف المطلوبة داخل المؤسسة.⁴

إلا أن القرار يتأثر بعوامل عديدة قد تعيقها عن الصدور بالصورة الصحيحة أو قد تؤدي إلى التأخر في صدورها سواء من طرف أشخاص آخرين نظرا لتعارضها مع مصالحهم الشخصية ، إضافة إلى البيئة الخارجية كالعوامل الاقتصادية و السياسية والاجتماعية كذلك القيم والعادات، إضافة إلى طرق الاتصال و إمكانية المشاركة في اتخاذها ، زيادة إلى عوامل نفسية و شخصية لمتخذي القرارات التي تؤثر بشكل كبير على اتخاذها هذا ما يولد صراع ما بين أعضائها و. بالتالي يؤثر على الاستقرار الداخلي للمنظمة.⁵

و لفهم معنى اتخاذ القرار ميدانيا نقوم بالتطرق إليه إجرائيا .

تعريف اتخاذ القرار إجرائيا : فهو عملية اختيار بين مجموعة من الاقتراحات أو الحلول التي يبيدها المشاركون من المسؤولين الإداريين و المسؤولين الطبيين و بعد الاتفاق عليه يتم المصادقة عليه من طرف مدير المستشفى، إلا أن تحيز احد أطرافه و جعله يخدم مصالحهم على حساب الأغلبية هذا ما يؤدي إلى رفضه من الأطراف الآخرين مما يخلق صراعا بين أعضاء السلك الإداري و السلك الطبي، فيعيق أداء الخدمات الصحية .

الشخصية: إن إعطاء الشخصية تعريفا ليس سهلا ، إلا أن هذا لم يمنع الباحثين والعلماء والدارسين لها من محاولة تعريفها .

1 - علي المكاوي: الجوانب الاجتماعية و الثقافية للخدمة الصحية ، الإسكندرية، مصر، ط1، 1988 ، ص57

2 - محمد عاطف غيث : مرجع سابق ، ص71

3 - احمد مصطفى خاطر و محمد بهجت كشك : إدارة المنظمات الاجتماعية و تقويم مشروعات الرعاية، المكتب الجامعي الحديث ، الازارطة ، الإسكندرية ، مصر ، 1999 ، ص243

4 - محمد حسن خليل الشماع : مبادئ إدارة الأعمال ، وزارة التعليم العالي ، بغداد ، 1984 ، ص101

5 - محمد بهجت كشك : المنظمات و أسس إدارتها ، الازارطة ، الإسكندرية ، مصر، 1995 ، ص270

حيث يرى البورت بان الشخصية هي ذلك التنظيم الديناميكي الذي يكمن بداخل الفرد و الذي ينظم كل الأجهزة النفسية و الجسمية التي تملي على الفرد بطابعه الخاص في التكيف مع البيئة¹.

و يعرفها وينفرد هوبر بأنها تعني : المميزات الفردية للإنسان و الطريقة التي تكون منبثقة من الخبايا اللاشعورية الطبيعية الحية، ويتفاهم مع العالم عن طريق حواسه و انفعاله له، عن أحكام و مواقف روحية و هكذا يكون قد حصل على تكوين لشخصية تميزه عن باقي الأشخاص.²

وحسب قاموس علم الاجتماع فالشخصية محصلة الخبرات الفردية في بيئة ثقافية معينة، ومن خلال تفاعل اجتماعي مميز، ولهذا نحدد بناء شخصية الفرد عن طريق ملاحظة نموذج سلوكه العام وطريقة تفكيره ومشاعره و أفعاله.³

فالشخصية أهمية كبيرة عند دراسة السلوك التنظيمي، حيث تؤثر شخصية الفرد بما تتميز به بعض الخصائص والسمات على سلوك الفرد داخل المنظمة ، أيضا فهي تؤثر على طريقة تفاعله مع الآخرين في المنظمة وتختلف الخصائص الشخصية باختلاف الأفراد، فقد يتميز الفرد بالعدوانية أو بالولاء أو بالطموح وتساعد الخصائص الشخصية في مجال العمل على:

- وصف وفهم الشخصية.
- تصنيف الأفراد وفقا لخصائصهم الشخصية.
- تحديد طرق تفاعل الفرد مع الآخرين في المنظمة.
- محاولة التنبؤ بسلوك الفرد في بعض المواقف، حيث تمثل خصائص الفرد مصادر مستقرة و ثابتة نسبيا لسلوك.⁴

تعريف الشخصية إجرائيا: هي الثقافة المرجعية و القيم التي يتمسك بها الفرد والتي تبين مدى اهتمامه للأشياء، حيث اكتسبها صاحب السلطة إداري أو طبيب من محيطه الاجتماعي و بيئته التي نشأ بها (القيم، المعتقدات، الأخلاق) إضافة إلى التكوين الذي تلقاه والذي ينعكس على عمله و طريقة تعامله داخل المنظمة الاستشفائية .

التكوين : لقد تعددت تعاريف التكوين وذلك حسب أهدافه ونشاطاته و تداخل خطواته و تعدد وسائله والأطراف القائمة عليه، وبهذا فالتكوين هو تلك الجهود الهادفة إلى تزويد الموظف بالمعلومات والمعارف التي تكسبه مهارة أداء العمل أو تنمية وتطوير ما لديه من مهارات و معارف و خبرات بما يزيد كفاءته في أداء عمله الحالي أو يعده لأداء أعمال ذات مستوى أعلى في المستقبل⁵

1 - احمد بن نعمان: سمات الشخصية الجزائرية من منظور الانثروبولوجية النفسية، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1988 ، ص155

2 - مصطفى عشوي : أسس علم النفس الصناعي التنظيمي ، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1992 ، ص 15

3 - محمد عاطف غيث ، مرجع سابق - ص 325

4 - عباس محمود عوض : القيادة و الشخصية ، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان ، 1986 ، ص21.

5 - زكي محمود هاشم : إدارة الموارد البشرية ، جامعة الكويت ، 1989 ، ص255

والتكوين عملية منظمة مستمرة محورها الفرد ، و تهدف إلى إحداث تغييرات محددة فنية كانت أو ذهنية لمقابلة احتياجات محددة حالية أو مستقبلية يتطلبها الفرد والعمل الذي يؤديه والمنظمة التي يعمل فيها و المجتمع الكبير.¹

كما يعرف التكوين كذلك بأنه عملية مخططة تقوم باستخدام أساليب و أدوات بهدف خلق و تحسين و صقل المهارات و القدرات لدى الفرد ، وتوسيع نطاق معرفته للأداء الكفاء من خلال التعلم لرفع مستوى كفاءته و بالتالي كفاءة المؤسسة التي يعمل فيها كمجموعة عمل.²

أما لزيادة توضيح مفهوم التكوين نقوم بالتطرق إليه إجرائيا لمعرفة نوعية التكوين و الفئة التي عرفت ذلك التكوين .

تعريف التكوين إجرائيا : هو عملية تدريبية و تعليمية يتلقاها الأطباء و الإداريين أثناء دراستهم الجامعية لاكتساب تخصص علمي نظري مع تطبيقه ميدانيا بوسائل مساعدة على الفهم السريع والتوضيح اليق كإجراء تربص في المستشفى بالنسبة لأطباء بمساعدة أساتذة لديهم خبرة ميدانية ، و إداريين يجرون التربص في مؤسسات صناعية و خدماتية إضافة إلى القيام بتكوين في الميدان العملي إدارة الصحة المدرسة الوطنية لصحة العمومية ، زيادة على الخبرة الميدانية أثناء العمل الأولي الوظيفي و الذي يسمح لهم من أن يختاروا وزاريا كمسؤولين بالمستشفى لهم مركز و مكانة التسيير و التنظيم الوظيفي .

الثقافة : الثقافة هي الحياة³ و بهذا المعنى استطعنا تحديد جملة من التعاريف التي يدور حولها حول الاختلاف المعرفي الذي اكتسبه الفرد و مازال يكتسبه .

نبدأها بتعريف تايلور فالثقافة هي ذلك الكل المعقد الذي يتضمن المعرفة و القيادة و الفن والأخلاق والقانون و العادات وكل المقومات الأخرى التي يكتسبها الإنسان كعضو في المجتمع.⁴

وحسب المفكر مالك بن نبي فالثقافة هي ذلك المحيط الفكري و السيكولوجي و الاجتماعي الذي يكتف الوجود الإنساني في المجتمع ويزوده بالخبرة المعرفية والسلوكية التي تشكل طباعة و شخصيته التي تحكم علاقته⁵

أما في قاموس علم الاجتماع وعند كليرنج تحدد على أنها ذلك الكل المتعلق بأسلوب الحياة ، كما تحده البيئة الاجتماعية⁶

وبهذا نستخلص من خلال ما سبق عرضه عن الثقافة أنها في مجملها تتصف بالشمولية ، فهي بذلك لا تظم الأفكار فحسب بل تظم أسلوب الحياة بأكمله و يكون تعريفها الإجرائي على النحو التالي:

¹ - علي محمود عبد الوهاب : التكوين و التطور ، الرياض ، 1981 ، ص19

² - عمرو صفي عقيقي : إدارة الأفراد ، جامعة حلب ، دمشق ، 1988 ، ص 295

³ - Mostefa Boutefnouch La culture en algerie , my the réalité , S.N.E.D , Alger ,1982,p19

⁴ - إسماعيل قبازي : علم الاجتماع الثقافي و مشكلات الشخصية في البناء الاجتماعي، جامعة الإسكندرية، دون سنة، ص

15

⁵ - مالك بن نبي: مشكلة الثقافة ، ترجمة عبد الصبور شاهين ، مطبعة دار الجهاد ، القاهرة، ط 1، 1959، ص3

⁶ - محمد عاطف غيث ، مرجع سابق ، ص 111 و 504

التعريف الثقافة إجرائيا : الثقافة هي نشاط إنساني بالغ التعقيد والعمق يتلقاه أفراد المجتمع و هذا لمواجهة ظروف الحياة واكتساب لغة الحوار وطرق التعامل مع أشخاص آخرين ، فما تلقاه المسؤولين الإداريين من المحيط أو البيئة التي نشئوا فيها والتي تتجسد في الدين والبيئة العائلية التربوية، والاقتصاد والتنظيم السياسي جعلهم يستحذون على رصيد معرفي يساعدهم على التسيير الاستشفائي الحسن قصد تقديم الخدمات الصحية .

القيم : هي مجموعة من الأحكام و المعايير التي تتبثق من مجتمع ما، فيتمسك بها أفرادها فتعمل على التأثير على سلوكياتهم وبهذا تكون بمثابة موجبات للحكم على الأعمال والممارسات المعنوية والمادية وتكون لها من القوة والتأثير على المؤسسة بما لها من صفة الضرورة والالتزام و العمومية وأي خروج عليها أو الانحراف عنها يصبح بمثابة الخروج عن أهداف المؤسسة¹ كما يرى هرتزل أن القيم هي تقديرات لمعاني الأشياء والأعمال والعلاقات اللازمة لإشباع حاجات الفرد الفسيولوجية والاجتماعية² .

كما تعرف القيم في علم الاجتماع على أنها مبدأ مجرد و عام للسلوك ، يشعر أعضاء الجماعة نحوه بالارتباط الانفعالي القوي ، كما انه يوفر لهم مستوى للحكم على الأعمال والأهداف الخاصة وبهذا فإنها مجموعة المستويات العامة للسلوك التي تكون المعايير الاجتماعية للتعبير الواضح والملموس لها³ .
تعريف القيم إجرائيا : و المتمثلة في تمسك كل من المسؤولين الإداريين والطبيين بقيم عائلتهما تجسد اهتمامهما في ميدان العمل ، كاهتمامهما للحصول على الثروة و زيادة المنافع المادية إلى جانب السعي وراء القوة و المكانة و الشهرة في الوظيفة بين أوساط أفراد المجتمع.

1-6- المقاربة السوسولوجية : تنطلق معظم الدراسات من إحدى النظريات في بحوثها حيث تعتبر القاعدة الأساسية التي تكسب البحث طابعا علميا و هذه النظرية مختلفة و متعددة و ها حسب طبيعة الموضوع .

وعليه فالمقاربة السوسولوجية هي الطريقة التي تحدد الإطار و الاتجاه الفكري الذي يسلكه الباحث فموضوع الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية في قطاع الصحة يمكن تاطيره ضمن التحليل الاستراتيجي لميشال كروزي .

التحليل الاستراتيجي (لميشال كروزي) : لقد اهتم كروزي بتسيير التنظيمات و ذلك انطلاقا من علاقات السلطة ، و هذا من خلال اهتمامه أساسا بالتفاعل بين الفاعل و النسق حيث أن كل فعل اجتماعي يمضي وفقا لإستراتيجية خاصة به ذلك أن أهدافه لا يمكن أن تكون مطابقة أبدا مع أهداف غيره فهو لديه أهدافه الخاصة التي يرمي غيره إلى تحقيقها ، فالإستراتيجية التي يعتمدها الفاعل الاجتماعي هي إستراتيجية رائدة بحيث أنها تبحث دائما على الحل الأقصى و الأمثل ، فان الفاعل الاجتماعي يعمل

¹ - محمد أكرم العدلوني : العمل المؤسسي، دار بن حزم للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، ط1 ، 2002 ، ص38

² - محمد شفيق: الإنسان والمجتمع ، المكتب الجامعي الحديث، الازارطة ، الإسكندرية، 1997 ، ص 58

كل ما في وسعه لإعادة فرض دوره و الذي يتلاءم أكثر مع أهدافه الخاصة التي يرغب في الوصول إليها و ذلك تجنباً لمعظم الأخطار التي يمكن أن تعترض طريقه .

فالمعرفة و المعلومات التي هي ضرورية بالنسبة للتنظيم يمنحانه سلطة كبيرة و من ثمة فان السلطة يمكن تحديدها على أساس القدرة على التحكم في المجالات التي لا يمكن ضبطها و بالخصوص بالنسبة للتنظيم فصاحب السلطة يعمل كل ما في وسعه من اجل تحقيق ما يسعى إليه ¹ و قد قام في كتابه (الفاعل و النسق) بتحديد توجهه الوظيفي و النسقي في تحليل وظائف التنظيمات الداخلية و أسباب تعثرها ، بدراسة العلاقات الداخلية و مواقف الفاعلين و علاقات السلطة و مختلف العمليات الاجتماعية .

كالتعاون و التنازل و المنافسة و التباغض و العداوة و هي سلوكيات تعبر عن توجهات الفاعلين وعن مواقفهم المسبقة ، فمعظمهم يتصرفون بعقلانية معينة للوصول إلى استراتيجياتهم و أهدافهم ومصالحهم و تدعيم مكانتهم و بهذا فقد ركز كروزيه على السلطة باعتبارها مصدر للصراعات ، و أكد على ضرورة فهمها لفهم العلاقات بين الأفراد و سلم بأنه لا يوجد أي تنظيم خال من الصراع على السلطة .

كما يضيف بان السلطة لا تكون سببا في الصراع فقط بل تكون أيضا سببا في إثارة التعاون بين مختلف الأطراف بحيث يستخدم كل طرف مهاراته التفاوضية و عناصر قوته لتحقيق إستراتيجية و تحويل جزء من التنظيم أو بعض الفاعلين لخدمة أهدافه ، كما قام كروزيه بالبحث في طبيعة العلاقات الاجتماعية داخل التنظيمات و أنماط التفاعل بين الأفراد باختلاف مناصبهم الإدارية و تكوينهم و الاستراتيجيات التي يتبناها كل واحد منهم و بناء على ذلك تتفق فيما بينهم للسلوك و التفاعل و المعاملة التي تستند هي الأخرى إلى القيم السائدة و إلى نظرة الفاعل ذاته إلى التنظيم ، حيث اعتبر السلطة كوظيفة و صاحب السلطة كفاعل للوظيفة داخل نسق تنظيمي الذي يولد أزمات ناتجة عن صراعات من اجل الحصول على امتيازات و مصالح شخصية ، كما أكد على ضرورة فهم الصراع و العمل على إدارته قصد فهم العلاقات بين الأفراد من اجل الحصول على عقلانية موازية لعقلانية التنظيم الرسمي ²

و حسب طبيعة موضوع دراستنا و المتمثل : الصراع بين السلطة الإدارية و الطبيعة داخل التنظيم الاستشفائي و أثره على الخدمة الصحية المقدمة ، قمنا بالاستعانة بنظرية التحليل الاستراتيجي لميشال كروزيه ، حيث وظفناها في ميدان دراستنا بمعرفة الأسباب الخاصة التي تؤدي بهم إلى التنازل و الخلاف و الذي أساسه البحث عن المكانة و المركز السلطوي و الشهرة الميدانية ، باعتباره إستراتيجية خاصة به توصله إلى تحقيق أهدافه الخاصة حتى و لو على حساب الآخرين و التي تتعارض مع ما يريدون الوصول إليه .

¹ - Gosier Michel : L'acterm et le systeme ; edition du seuil , paris , 1997, p42

² - نادية عمر : العلاقات بين الأطباء و المرضى ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة ، بدون سنة ، ص85

فالخبرة الميدانية و التكوين الذي تلقوه هما اللذان يولدا شخصا مفتخرا بنفسه متعاليا في تعامله ، هذا مالا يعجب الأعضاء المسؤولين من السلك ، فيولد العداوة و ينشئ جو التنافس من اجل اتخاذ القرارات و تقديم الاقتراحات للحصول على اكبر الامتيازات ، كما أن ثقافة هؤلاء المسؤولين و قيمهم المكتسبة اجتماعيا تسمح بتحديد شخصية الإداريين و التقنيين ، و الذي يظهر أساسا في سلوكياتهم و تصرفاتهم و طريقة تعاملهم فيما بينهم داخل النسق الاستشفائي الذي يبرز خلافات في التسيير الداخلي للمستشفى ، مما يؤثر على الخدمات الصحية ، فالعمل على إدارته و جعله بناءا إما بالتفاوض أو اللجوء إلى النقابة أو سياسة التشاور و المناقشة يسمح بتغيير البناء الفعال الذي يولد عقلانية التسيير الرسمي داخل النسق الاجتماعي رغم محدوديتها .

1-7- الدراسات السابقة :

إن قواعد البحث العلمي تفرض على الباحث التعمق في قراءة ما كتب حول موضوع بحثه لان ذلك يتيح له تكوين فكرة عامة حول الدراسات السابقة و التي تناولت زاوية من موضوعه ، وبالتالي تساعده إحداث مقارنة بين دراسته و الدراسات السابقة والتي تعطيه و لو فكرة صغيرة على ما يريد تناوله من نقاط التحقق منها ميدانيا .

1 - دراسة محمد السيد فرج (2007): أثر الصراع التنظيمي على أداء العاملين في مستشفيات جامعة عين شمس، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، ، جامعة عين شمس، مصر، هدفت الدراسة إلى التعريف بمفهوم وأنواع الصراع داخل المنظمات ومختلف الأسباب التي تقف وراءه، وكذا تحليل العلاقة الكامنة بين الصراع والأداء الوظيفي، من خلال إبراز الآثار السلبية وحتى الإيجابية التي تتركها الصراعات على أداء العاملين في المنظمة، وقد ركزت الدراسة على الصراعات التنظيمية التي تحدث داخل المستشفيات وخصوصا تلك التي تكون بين السلطة الإدارية والفنية للمستشفى، وقد قام الباحث بعملية مسح إجتماعي لعينة من العاملين من مختلف الفئات الإدارية والطبية والشبه طبية على مستوى 05 مستشفيات في جامعة عين شمس، وقد توصل الباحث إلى أن فئة شبه الطبي هي الفئة الأكثر تأثرا بالصراعات التنظيمية داخل المستشفى، على إعتبار أنها تخضع لسلطتين مختلفتين طبية وإدارية، كما أنه توصل إلى وجود صراعات داخلية كذلك بين أفراد كل فئة على حدى من أطباء وإداريين وشبه طبيين، وهي صراعات مهنية، واجتماعية وسلوكية.

2-دراسة ناصر قاسيمي:رسالة دكتوراه قام بدراسة موضوع : الصراع التنظيمي و فعالية التسيير الإداري لدى الجماعات المحلية بولاية الجزائر ، وكان يهدف من وراء هذا العمل إلى البحث عن عوامل نجاح التنظيم الإداري الجزائري بعد جملة من الأزمات التي عرفتها الجزائر من خلال مؤسساتها المختلفة، حيث كانت تساؤلات الدراسة على النحو التالي ما هي عوامل الصراع داخل التنظيم الإداري الجزائري ؟ وكيف يؤثر الصراع في فعالية تسيير التنظيم ؟ الذي هو الجماعات المحلية لولاية الجزائر ، و قد اعتمد

في ذلك على ثلاث فرضيات ، وبإجراء الباحث مقابلات مع جملة من العاملين باختلاف مراتبهم ووظائفهم ، مع الاستعانة بتقنية الاستبيان من أجل الحصول على أكثر مصداقية للبحث العلمي .

وبهذا وجود اتصال فعال أساسه بناء علاقات تعاونية بين أعضاء التنظيم الرسمي وغير الرسمي محوره التعايش والتشاور وهذا يخلق صراعا ولو كان مظهره خفيا .

كما أن نمط القيادة التسييرية هو الذي يبين الوضع الداخلي بالمنظمة و هذا حسب طريقة تعامله مع مرؤوسيه و من ناحية القيم الثقافية المختلفة والخصائص الشخصية للفرد وذلك حسب طبيعة الموقع الجغرافي قد تخلق مشاكل داخل ميدان العمل، لكن التعاون الوظيفي بين الأفراد قد يؤدي إلى الابتعاد عن الصراعات .

فهذه الأطروحة لديها جملة من النقاط التي تنطبق على موضوع دراستنا، فان جانب الصراع من ناحية اتخاذ القرارات للحصول على امتيازات كان بين سلطتين مختلفتين من ناحية التكوين العلمي والوظيفة الميدانية (السلطة الإدارية و الطبية) بقطاع خدماتي المستشفى، كما أننا تطرقنا إلى تأثير كل من القيم والثقافة على شخصية الفرد المسؤول بالنسق الاستشفائي وأثره على نوعية الخدمات الصحية المقدمة .

3 - دراسة طاهر سواكري: رسالة ماجستير قام بدراسة موضوع الصراع داخل المؤسسة العمومية الصناعية، فقد تطرق الباحث إلى هذا الموضوع نظرا لما يكتسبه من أثار سلبية على الاقتصاد الوطني، إضافة إلى الصراعات التي تحدث بين العمال والإدارة حول الحصول على اكبر امتيازات والتي تحدث داخل المؤسسات الصناعية ، وقد جاءت التساؤلات على الشكل التالي:

وللبحث عن ايجابيات ميدانية للتساؤلات المطروحة، قام بالاستعانة بتقنية الاستمارة و التي تم توزيعها على جملة من العمال حيث كانت نتائج الفرضيات كالآتي :

- يتبين وجود صراع بين العمل داخل المؤسسة أساسه البحث عن تحقيق حاجيات خارجية (كالمسكن ، الملابس ، تكوين أسرة... الخ)

كما يحد صراع بين الأفراد بسبب الاختلافات السوسيو مهنية من أجل الحصول على المكانة وتحقيق الإشباع الاجتماعي .

- أما الصراعات الخفية فقد تم تحديدها في التغيب والتخريب والتهاون في العمل .

ويظهر التوافق في الفرضية الثانية المتعلقة بالاختلافات السوسيو مهنية (التكوين ، الثقافة ، القيم)

بين سلطتين مختلفتين في العمل و التكوين ، أما الهدف فكان واحد وهو الحصول على المكانة مع

إشباع الحاجيات الضرورية والتفوق في العمل الذي يولد صراع .

4 - دراسة فتيحة شرناعي : رسالة ماجستير حيث تناولت موضوع حول ظاهرة صراع الأجيال في

المجتمع الجزائري الوالدين الكبار وجيل الأبناء- لشباب في الأسرة الحضرية الجزائرية بجامعة الجزائر،

وتطرقت الباحثة إلى هذا الموضوع بسبب التغيرات التي عرفها المجتمع الجزائري بعد الاستقلال في

مختلف مجالات الحياة وهذا نتيجة لتباين وتناقض بين النظام التقليدي والنظام الاجتماعي المعاصر، وبما

أن الوالدين الكبار والأبناء الصغار قد عاشا فترات مختلفة من الحياة أدى هذا الاختلاف في المستوى الثقافي ، و بدوره يؤدي إلى الصراعات فيما بينهم .

وأسئلة إشكالية البحث هي كآآتي :

قد يعد عامل السلطة حاسما يزيد من الصراعية ؟ وما هي الأشكال المتخذة أثناء تعاملهم مع

الظاهرة ؟ و أخيرا ما هي الرسالة التي يبلغها كل من الجيلين لبعضهما البعض ؟

وقد خلصت الباحثة بالنتيجة التالية بان الاختلاف بين جيل الوالدين الكبار وجيل الأبناء الشباب

أمر طبيعي وهذا الاختلاف يكون في الرأي والمواقف ، فالمشكلة هنا ليس في اختلاف الأفراد في أفكارهم

واتجاهاتهم بقدر ما يكمن المشكل في عدم الاعتراف و الإقرار بحق الاختلاف، وأن تعرف الأجيال كيف

تدير خلافاتها وصراعاتها .

5 - دراسة عبد العزيز جناوي : رسالة ماجستير كان موضوع بحثه حول صراع الاجتماع باللغة دراسة

ميدانية بالثانوية و جامعة الجزائر، وقد ركز في بحثه عن دلالة العلاقة اللغوية ومدى تعارضها وهذا نظرا

لوجود مواقف متباينة حول المسألة اللغوية في الجزائر، وهذا نظرا لوجود مجتمعين مختلفين ومتمايزين في

ثقافة المصالح ، مجتمع عربي إسلامي و مجتمع فرنكفوني .

وفي هذا الإطار قام الباحث بالحديث عن المسألة اللغوية ، في مجال العلاقات بين اللغة العربية

اللغة الفرنسية وعلى أساس ذلك تم طرح للتساؤلات التالية :

- هل الوضع يتعلق بوجود صراع كامن و متوفر غير معلن عليه؟

- ما طبيعة هذا الصراع ؟ إن وجد و علاقته باللغة في المنظومة التعليمية في النظام التعليمي

الثانوي و الجامعي .

وقد توصل الكاتب في الأخير إلى وجود صراع رمزي اجتماعي كامن و مستتر له خصوصيته

الثقافية بين مجتمعين متمايزين لكل منهما مشروع ثقافي و أهدافه، ويستعمل النظام التعليمي كمجال

لفرض مشروعه والحفاظ على مصالحه من خلال عناصر مادية ورمزية تعليمية و ثقافية فيما وراء اللغة

و يعمل على إعادة إنتاج نفسه عبر النظام التربوي و التعليمي و التكوين الاجتماعي الخاص به، وحسب

دراستنا التي موضوعها هو الصراع فقد اعتبرنا الاختلاف الثقافي الاجتماعي هو سبب من أسباب

الصراع بين أشخاص لديهم مسؤولية، وهذا من أسباب الصراع اللغوي داخل المؤسسات التربوية الجزائرية

و هذا ما خلص إليه الباحث.

6-دراسة مصطفى سيف(1966): حول نمط السلطة ودورها في العلاقات التنظيمية في المستشفى،

رسالة ماجستير تخصص إدارة الصحة بجامعة الأردن.

والغاية من هذه الدراسة هو التعرف على مشكلات البناء التنظيمي في المستشفيات و على

العلاقة بين ازدواجية السلطة والعاملين، وكذلك التعرف على العلاقة بين وضوح اللوائح الداخلية

للمستشفى بالإضافة إلى الدور الذي يلعبه تخصص مدير المستشفى في تشكيل رابطة مع الآخرين

ولاسيما الأطباء وبعد استعانة الباحث بتقنية الاستمارة بالمقابلة تم التوصل إلى النتائج التالية :

إن الأنظمة واللوائح الداخلية بالمستشفى ليست واضحة بالنسبة للعاملين وهي اقل وضوحا عند الأطباء من الإداريين مما يؤدي إلى حدوث مشكلات تنظيمية داخل المستشفى، ودلت النتائج أيضا بان الأطباء كانوا يؤيدون فكرة أن يكون مدير المستشفى طبيبا مع وجود مساعد إداري، على عكس الإداريين الذين يؤيدون فكرة المدير الإداري¹.

وبهذا نقول إن هذه الدراسة تناولت مثل بحثنا ازدواجية السلطة داخل القطاع الاستشفائي والاختلاف من الناحية العلمية والاجتماعية فيما بينهم و التي تسبب الصراع والخلاف في اتخاذ القرارات والحصول على امتيازات مع مكانة ونفوذ داخل المستشفى.

7- دراسة حسن عداد رسالة ماجستير، تناول موضوع: إدراك إطارات تسيير المؤسسات الصحية العمومية للجو التنظيمي السائد بهذه المؤسسات وعلاقته بالضغط المهني عند هذه الإطارات، وقد حاول الباحث أن يقترب من واقع المسيرين وإطارات الإدارة بالمؤسسة الصحية العمومية للكشف عن الجو التنظيمي بها وهذا لمحاولة فهم الظاهرة وأثرها في الضغط على هؤلاء المسيرين وذلك بمحاولة الإجابة على الأسئلة التالية:

- ما هو الجو التنظيمي السائد في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة ؟
- هل تعاني الإطارات الإدارية الموظفة بهذه المؤسسات من الضغط المهني ؟
- وهل هناك علاقة بين هذا الجو التنظيمي والضغط المهني عند الإطارات الإدارية المسيرة لهذه المؤسسات ؟

وكانت نتائج الفرضيات على النحو التالي :

- ضعف المرتبات وانعدام استقرار الوظيفة والأمن، كما أن توزيع الوظائف لا يعتمد على الكفاءة وقدرات المهنية أو يراعي مستوى التكوين و أنواع المؤهلات العلمية مع ضعف ممارسة السلطة وبالتالي يؤدي إلى ضغوطات على مستوى الإطارات فتنعكس بالكسل والرشوة و المحسوبية وهي عوامل تزيد من حدة الضغط. حسب هذه الدراسة فان دراستنا التي أجريت بالمستشفى تناولت كذلك المشاكل الداخلية نتيجة البحث عن المصالح الشخصية فقط ، مع التهاون في العمل الجماعي وهو نفس ما تطرق اليه الباحث لكن هدفه هو البحث عن أسباب ضغوطات العمل أما نحن فبحثنا هو الصراع وأسبابه بين السلطة الإدارية و الطبية مع البحث على كيفية التوصل إلى إدارته .

8- عصام الدين زهير بو يوسف : رسالة ماجستير ، تناول موضوع نظام تسيير المستشفيات في الجزائر حاول الباحث في دراسته هذه تطوير فكرة عقلانية في تخصيص الموارد للمستشفى ، وهذه العقلانية تهدف إلى تخطيط برمجة ومراقبة مختلف النشاطات داخل المستشفى بما يزيد من نجاعة ونوعية الخدمات المقدمة، قد قام بطرح جملة من الأسئلة وهي كالاتي :

أي مستشفى نريد ؟ وأي خريطة صحية كفيلة برفع التحديات التي يفرضها التطور الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع الجزائري ؟.

¹ - WWW.moh.gou.jo/research/health-management

من هو صاحب القرار؟ إذا اعتبرنا المستشفى مؤسسة من هذه القيادة؟
وقد توصل إلى نتائج سلبية تصف الوضعية الاستشفائية المتدهورة مع ضعف التسيير، وارتفاع حجم الغيابات مع غياب الثقة والمصداقية بين الطبيب والمريض. مع تسيير بيروقراطي لمصادر الميزانية وقد توصل إلى أهداف مرجوة وهي الشفافية في اتخاذ القرارات و هذا بوضع نظام إعلامي محكم ووسائل تحليلية دقيقة وهذا قصد خلق محاضرات اكبر قصد تطوير الأعمال التنظيمية والاقتصادية .
وكانت نتائج الباحث هي نفسها ما نريد الوصول إليه خاصة فيما يتعلق بالفرضية الأولى التي تتعلق باتخاذ القرارات ، لكن كان الهدف الرئيسي من ورائها هو البحث عن الطرق لتوقيف الصراع بين المسؤولين (الإداريين و الطبيين) داخل القطاع الاستشفائي ومن ثم تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة .

الفصل الأول : الصراع داخل المنظمة الاستشفائية

- تمهيد

1-1- الصراع نظرياته و أسبابه و مراحلہ.

1-1-1- النظريات السوسولوجية لصراع داخل التنظيم.

1-1-2- أسباب الصراع

1-1-3- مراحل الصراع

1-1-4- أنواع الصراع .

2-1- استراتيجيات تسيير الصراع

1-2-1- نتائج و آثار الصراع التنظيمي

2-2-1- إستراتيجية إدارة الصراع التنظيمي

3-2-1- سياسة التفاوض لحل الصراع

3-1- أسباب و نتائج الصراع السلطوي داخل القطاع الصحي

1-3-1- أسباب الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية

2-3-1- النتائج المترتبة عن الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية

4-3-1- إستراتيجية إدارة الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية داخل

المستشفى .

- خلاصة الفصل .

تمهيد:

المنظمة هي جملة انساق، يعمل من خلالها الأفراد والمجموعات من اجل انجاز أهدافها و ذلك من خلال وظائف الإدارة الأساسية، إلا أن البيئة الاجتماعية والتكوين النفسي للفرد تجعله يستمد جانبا كبيرا من دوافعه واتجاهاته وخبراته وخصائص شخصيته بفهمه للأمور على حسب ما يسعى إليه، و هو الوصول إلى مناصب السلطة لتحقيق المكانة الاجتماعية بغية الحصول على اكبر قدر من المعلومات والمكافآت والترقيات، مما يخلق التنافس بين أعضائها ، فيخل بإستراتيجية التعاون بين أعضائها، وتسوء علاقة التفاهم و تبرز العداوة فيما بينهم على المنصب و المكانة وفرض القوة والسيطرة داخل المنظمة سواء كانت إنتاجية أو خدماتية كالمؤسسة الاستشفائية .

1-1-1- الصراع نظرياته ، أسبابه و مراحلہ :

1-1-1- النظريات السوسيولوجيا لصراع داخل التنظيم:

منذ بداية القرن العشرين وخبراء السلوك التنظيمي يحاولون تدريجيا تغيير نظريتهم إلى الصراع، مثل هذا التحول في التفكير يرجع بالدرجة الأولى إلى الافتراضات حول ما إذا كان الصراع شيئا سلبيا في الحقيقة، و في الحقيقة يوجد منظورين مختلفين للصراع هما النظرية التقليدية و النظرية الحديثة أو المعاصرة . فالنظرية التقليدية تعتبر الصراع ظاهرة سلبية تحدث بين الإدارة و الحركات العمالية التي لا بد من الحد منها أو القضاء عليها لإحداث الاستقرار بين العاملين داخل المنظمة.

أما النظرية الحديثة لصراع فلا تعتبره دائما سلبيا أو ايجابيا ، إلا انه حتمية أو حقيقة في حياة المنظمات الذي يكون معتمدا كإستراتيجية إدارية لحث الجماعات أو الأفراد للبحث عن طريق أفضل لانجاز المهام أو أداء الأعمال¹.

ومن خلال بحثنا هذا يمكن عرض إسهامات منظري علم الاجتماع في الصراع على النحو التالي :

1-1-1-1- النظرية الماركسية التقليدية لصراع داخل التنظيم :

يعتبر كارل ماركس من الأوائل الذين قاموا بالبحث عن أسباب الصراع فيعتبر التنظيم الاقتصادي خاصة نظام الملكية يؤثر في التنظيمات الاجتماعية الأخرى ، بحيث هو الذي يحدد النظم الثقافية والادبولوجية والقيمية والمعتقدية والأفكار ، هذا ما يؤدي إلى تعارض المصالح وتصارعها بسبب سوء توزيع الموارد النادرة خاصة سوء توزيع السلطة ، الذي ينعكس على الصراع داخل الأنساق ذاتها.² و قد صاغ كارل ماركس ، فكاره حول الصراع فيما يلي :

- كلما ازداد الظلم الاجتماعي في توزيع الموارد النادرة داخل النسق ، ازداد صراع المصالح بين القطاعات المسيطرة و الخاضعة لهما داخل النسق
- كلما ازداد وعي القطاعات الخاضعة بمصالحها الجمعية الحقيقية ، ازداد احتمال تساؤلهم عن مدى شرعية بقاء استمرار النمط السائد الذي يتولى توزيع الموارد النادرة
- كلما ازداد وعي الخاضعين في نسق ما بمصالحهم الحقيقية ازداد احتمال تساؤلهم عن شرعية توزيع الموارد المتاحة النادرة ، و ازداد احتمال تضامنهم المكشوف ضد المسيطرين داخل صراع النسق.
- كلما ازدادت استقطاب الجماعات المسيطرة و المقهورة ازداد عنف الصراع
- كلما ازداد عنف الصراع ازدادت فرص إحداث التغيير البنائي للنسق و ازدادت القدرة على إعادة توزيع الموارد .

¹ - جمال الدين محمد المرسي و ثابت عبد الرحمان إدريس السلوك التنظيمي (نظريات و نماذج تطبيق عملي لإدارة السلوك في المنظمة) الدار الجامعية لنشر و التوزيع ، الإسكندرية ، 2002 ، ص 483-485

² - جونتانان ، تيرنر " بناء نظرية علم الاجتماع " ، ت : سعيد فرج محمد ، دار المعارف ، القاهرة ، 2000 ، ص 104

تتضمن هذه القضايا احتمال وعي الفقراء بمصالحهم، والتغيرات الاجتماعية التي تتخذها الجماعات المسيطرة والتي تؤدي إلى تفكك العلاقات القائمة بين الطبقات الخاصة وزيادة مشاركتهم في التغيير من معاناتهم .

كما ينظر كارل ماركس إلى البيروقراطية نظرة كلية فربطها بالدولة باعتبارها جهازا إداريا كبيرا يختفي وراء شعارات عديدة من أجل الحفاظ على مصالح الطبقة الحاكمة ، و يتحالف معها لذا يجب محاربتها و القضاء عليها باعتبارها أصل الصراع الذي ينتج من خلال حماية طبقة معينة على حساب طبقة أخرى ضعيفة ، و بهذا تكون الإدارة أداة لحماية النظام الرأسمالي الذي يتميز بالتمركز و القوة و احتكار استعمال العنف الشرعي.³

كما أكد على أهمية التحول نحو البيروقراطية في العمل لتكوين فقط نوعا من الديمقراطية في التنظيم و تطور الديمقراطية المركزية لتحقيق المشاركة الواسعة (طبقة عاملة في عمليات الإنتاج) التسيير و المسؤولية ، إلا أن الماركسيين المحدثين أمثال غرا مشي الذي يفرق بين المجتمعين السياسي الذي يتكون من وسائل القمع ، و المجتمع المدني الذي يتكون من المؤسسات المختلفة ، إضافة إلى العلاقات الجدلية بين هذه العناصر المكونة في حين تشغل الإدارة هذه العلاقة الجدلية حتى تحصل على نوع الاستقلالية .

و قد فسر لويس التويسر فكرة غرا مشي على أن التي تشتمل الشرعية بمختلف جوانبها الإعلامية و التربوية تصبح اديولوجية السيطرة و الاستغلال ، خاصة أمام ما يسمى بانتشار دولة القانون . أما بولتراس فقد دقق فكرة غوا مشي و رأى بان الدولة و من ورائها الدولة تكرر التقسيمات في المجتمع فكلبار الإداريين يوجدون في نفس المرتبة الاجتماعية مع الطبقة الكادحة .

أما الأطارات المتوسطة فتقابلها الطبقة المتوسطة ، لذلك فهو يعتبر الإدارة أداء لتكثيف العلاقات الاجتماعية بحيث يكون لكل جهاز إداري وزن و مكانة خاصة داخل المجتمع .

إلا أن الدولة بأجهزتها الإدارية راحت تكبر و تتوسع يوما بعد يوم حتى اكتسبت سلطة يصعب تجاوز مقوماتها ، إلا أن لجهاز الإداري في المجتمع الاشتراكي يدخلنا في نوع آخ من الصراع و هو الصراع بين الأشخاص في الأجهزة الإدارية من أجل المكانة و المناصب و غيرها من المصالح ، و صراع آخر يأتي لاحقا إذا وجدت الفرصة و الظروف المناسبة و يكون بين أفراد من المجتمع و الجهاز الإداري بما يمثله من احتكار و سيطرة و سرية و تحكم في مصالح الآخرين ، بحيث يكونون تابعين له .

فصراع الآخرين بحيث يكونون تابعين له إلى درجة اضطرارهم لقبول ما يصدر عنه ، فالصراع الموجود داخل التنظيمات ما هو إلا انعكاس لصراع الطبقات داخل المجتمعات، حيث يمتد الصراع داخل

³ - كارل ماركس : رأس المال ، ت ، محمد البراري ، دار الهدى لطباعة و النشر ، بيروت ، المجلد الثاني ، بدون سنة صفحة

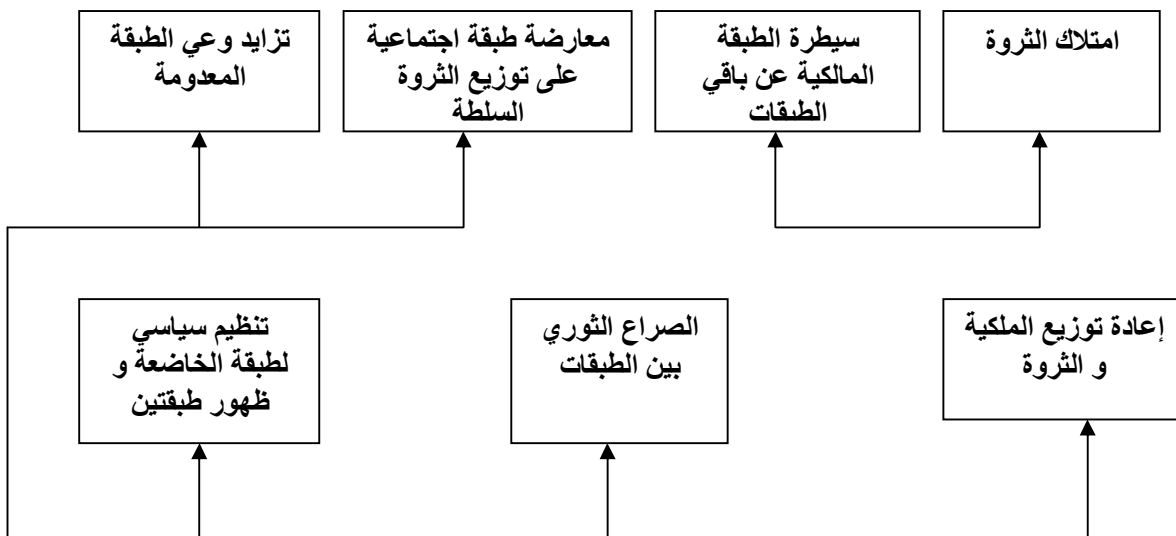
التنظيمات الإدارية بأشكال مختلفة فيكون بين المسيرين و باقي لعمال و الموظفين ، هذا ما يدفع مع الوقت إلى التذمر و الرفض و من ثم القضاء عليه و على علاقة الاستغلال المتسببة في الصراع التنظيمي .
إلا أن وضعية الاحتكار و الاستغلال لا تشعر الطبقة الفقيرة إلا بالضغط و جو الاغتراب ، فالموظف يعمل بجسمه لكن بعيد عنه بأفكاره ووعيه ، أما العالم الخارجي و ما يشكله من قوانين يسير عليها التنظيم و معاملة الرئيس له و طبيعة العمل الذي ينجزه كلها أشياء تدور حوله لكنها منفصلة عنه ، بل هو جزء منها في آلة كبيرة تخدم البرجوازية ، و هي دالة الانحراف التي عبر عنها ماركس و التي مصدرها التناقضات الموجودة داخل التنظيمات الاجتماعية المختلفة .

و يعتبر ماركس أن حل الصراع و إدارته لا يكون إلا من خلال الوعي بالواقع الاجتماعي و الواقع التنظيمي وواقع العلاقات المفروضة و هذا ما يعني فهم الظروف المحيطة بالعمل وواقع الطبقة و هي شروط ضرورية لتقديم البديل ، بديل التغيير الذي يبدأ بالتوجه إلى أذهان الناس و فكرهم حتى يقنعهم بتناقضات النسق و بضرورة تغييره .

1-1-1-2- مسار الصراع بين كار ماركس و ابن خلدون :

إن الصراع الماركسي محركه هو عدم العدالة في توزيع الثروة من خلال هيمنة و احتكار الطبقة البرجوازية على باقي الطبقات المستضعفة ، لكن تزايد الوعي الطبقي بأوضاعها أدى بها إلى الاحتجاج و المطالبة بالتغيير في إطار حركات سياسية يؤهلها لتكون مركز قوة للدفاع عن مصالحها وأهدافها المتمثلة في إعادة توزيع الثروة .

الشكل رقم 01 : المسار الماركسي لعلاقة الصراع



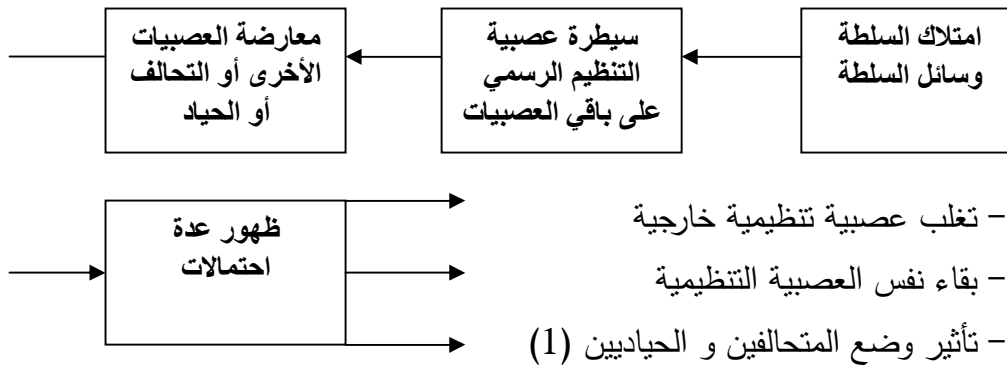
أوضاع تجريبية متداخلة بقوة في العالم التجريبي

المصدر: ناصر قاسمي ، الصراع التنظيمي و فعالية التسيير الإداري ، رسالة دكتوراه دولة في علم اجتماع

التنظيم و العمل ، جامعة الجزائر ، 2004

أما ابن خلدون فيرجع أصل الصراع إلى الملك ، والذي نعبر عنه بامتلاك السلطة ووسائل السلطة داخل التنظيم ، المادية و التنظيمية التي تساعد على بناء قوة العصبية بحيث يعطيها إمكانية التحكم في باقي العصبيات التنظيمية والتي تكون حسب طبيعة الجماعات التنظيمية والاحتمالات المتعددة لسلوك كل جماعة تنظيمية، الذي يؤدي إلى توجيه العلاقات أما إلى الصراع أو إلى التحالف، غير أنهم يضطرون إلى التوجه نحو التعاون أو التحالف من أجل ضمان استمرار المصالح و لتسيير الصراع أيضا و متابعة كل تحركات الخصم .

الشكل رقم 02 : المسار الخلدوني لعلاقة الصراع



المصدر : ناصر قاسمي ، مرجع سابق

1-1-1-3- النظرية الماركسية الحديثة للصراع داخل التنظيم:

نظرية الصراع لـرالف دهرندورف :

يعتبر دهرندورف أن فهم الصراع ينطلق من فهم جماعات المصلحة المتنافسة في طبيعتها و خصائصها وسلوكها وبنائها، فالصراع كظاهرة اجتماعية طبيعية في كل المجتمعات يمكن أن تكون له وظائف إيجابية تدفع نحو التغيير .

أما استقرار المجتمع اليوتوبيا وعدم تولد الصراع بداخله يرجعه إلى تماسك أفرادها بأفكار واحدة يسعون من خلالها إلى تحقيق البقاء والاستمرار منها ضمان تكاثر أفرادها وتعليمهم و تربيتهم و تنظيم الأوضاع الاجتماعية وتقسيم العمل وذلك لضمان تجدد المجتمع .

إلا أنها لا يمكن تحقيقها كليا ، لأنها تبقى نظرية مثالية إذ لم يثبت في التاريخ ظهور مثل هذا المجتمع حتى ولو حاول الأشخاص بناءه، فاصل الحياة مبنية على الاختلاف وتباين الأشخاص و المجتمعات في تفكيرهم وانسجامها وبالتالي فقدت أحد أهم عوامل قوتها ، بحيث أصبح لدينا العمال المهرة و غير المهرة و التقنيون و المهندسون والإداريون بمختلف الدرجات ، بحيث أصبح لكل فئة مهنية خلفياتها التكوينية والإيديولوجية بل ومصالحها الخاصة، التي تدافع عنها. هذا ما عجزت الماركسية على فهمه ومواكبته، حيث قام بتبيان وظائف الصراع في الكل الاجتماعي، وذلك في القضايا التالية:

- كلما قلت شدة الصراع و ازداد اعتماد الكل الاجتماعي على التساند الوظيفي ازداد احتمال أن يحقق الصراع نتائج تكاملية من أجل الكل الاجتماعي .

- كلما تكرر الصراع وقلت شدته خفف أعضاء الجماعات الخاضعة من مشاعر العدوان و شعروا بالسيطرة على أقدارهم وبذلك يحافظون على تكامل النسق
 - كلما طال الصراع واشتد تكرارا ازداد احتمال إيجاد معايير لضبطه
 - كلما قويت العداوة والكراهية في المجتمع الطبقي قل تكرار الصراع المكشوف بينهم و ازداد تماسكهم الداخلي، وازداد احتمال الحفاظ على المسافة الاجتماعية وبالتالي الحفاظ على التدرج الاجتماعي القائم
 - كلما طال الصراع وخفت شدته ازداد تنظيم علاقات القوة بين الجماعات
 - كلما طال الصراع وازدادت شدته، ازداد احتمال تكوين تحالفات بين الجماعات غير المترابطة .
 - كلما ازداد تهديد الصراع العنيف لكل الأطراف ، ازداد استمرار التحالف بين كل الأطراف .
- ومن خلال وظائف الصراع يعتبره دهرندورف انه ليس سلبي بصفة مطلقة بل هو حالة تدفع إلى التفكير في إيجاد الحلول الملائمة، التي تساعد على الضبط الاجتماعي لسلوك الأطراف المتصارعة فالأفكار والسلوكيات الجماعية هي وسيلة صراعية هامة ، فخصائص الجماعة و ظروفها المختلفة السياسية والاجتماعية، والتاريخية تلعب دورا رئيسيا في تكوين جماعات الصراع و يلعب النظام القرابي للجماعة بكل ما يحمله من عناصر القوة والضبط الاجتماعي و قيم التضامن دوره هو ترجيح كفة طرف على حساب طرف آخر وبالتالي بروز الصراع بين الطرفين والتي تسببه عدة أنماط ، كأنماط الاتصال والظروف التقنية داخل التنظيم، وتوزيع الثروة والسلطة ونظم الانضباطية داخل المنظمة، كلها عوامل تؤثر في سلوك الأفراد.⁴
- ومن خلال ذلك قام دهرندورف بصياغة الصراع على النحو التالي :
- كلما ازداد وعي الجماعات السرية في الرابطة المتنافسة بالمصالح الموضوعية و شكل جماعة الصراع ازداد احتمال انفجار الصراع.
 - كلما ازدادت فرصة ظهور القيادة بين الأعضاء الجماعة السرية ازداد احتمال توافر الظروف التقنية للتنظيم.
 - كلما ازدادت إمكانية توافر الظروف السياسية ازداد احتمال تكوين جماعة الصراع.
 - كلما ازداد سماح الجماعات المهنية بتكوين تنظيم للمصالح المتعارضة ازداد احتمال توافر الظروف السياسية للتنظيم .
 - كلما ازدادت إمكانية توافر الظروف الاجتماعية للتنظيم ازداد احتمال تكوين جماعات الصراع.
 - كلما ازدادت فرصة أعضاء الجماعات السرية للاتصال ازداد احتمال توفر الظروف الاجتماعية للتنظيم .
 - كلما ازداد توزيع السلطة وازدادت أنصبة القيادات من الثورة ازدادت شدة الصراع .
 - كلما قل الحراك بين الجماعات العليا و المتابعة ازدادت شدة الصراع.
 - كلما ساءت الظروف التقنية و السياسية و الاجتماعية داخل التنظيم ، ازداد عنف الصراع .

⁴ - جونتانان . مرجع سابق . ص 119

- كلما قلت قدرة الجماعات المتصارعة على تشكيل و تطوير تنظيمات الانضباط ازداد عنف الصراع كلما ازدادت شدة الصراع ازداد التغيير البنائي و إعادة التنظيم الشامل .
كلما ازدادت شدة الصراع ازداد التغيير البنائي و إعادة التنظيم .

فكرة دهرندورف من خلال وضعه لمسلمات الصراع هو البحث في أساس العلاقات الاجتماعية والمصالح المتناقضة والسلطة، باعتباره أن الأدوار الحاكمة والأدوار المحكومة وعلاقات القوة والسلطة بأنها روابط تنظيمية تنسيقية عادية لدى التنظيم الرسمي أو الجماعات الصغيرة أو الكبيرة و يكون معترف بها شرعياً - **القوة و السلطة عند دهرندورف:** القوة و السلطة من الوسائل التي تتصارع عليها الأطراف المتنافسة ، حيث تسعى الأطراف المحكومة إلى الوصول إليها أما أصحاب السلطة الحاكمة تسعى إلى الحفاظ عليها هذا ما يولد صراع فيما بينهما وإلخاماد هذا الصراع يتطلب إعادة توزيع السلطة بين أعضاء المنظمة الواحدة و بالتالي إحداث التغيير، فالصراع يوجد في السلطة و ليس في القوة ، فالسلطة موجودة في كل النشاطات الإنسانية، نظراً لان التنظيم الاجتماعي يتطلبها و لا يستغنى عن توزيعها

- فالسلطة نسقا مندمجا و نسقا صراعيا في الوقت ذاته ، فهي تحافظ على النظام و الاستقرار و في نفس الوقت تكون موضوع للصراع ، و بهذا يرجع تفسير السلطة لدى المجتمعات الرأسمالية إلى سلطة التشريع و إصدار القوانين ، لدى أصحاب السلطة بتحكمهم في مصادر و سلوك الآخرين إلى درجة التفكير في أهم الأمور التي تخص حياتهم ، فرغبة الأفراد و الجماعات في السيطرة و التحكم لاكتساب سلطة أقوى و أوسع و التي تعتبر من أهم عوامل الصراع .

- **تقييم و نقد دهرندورف:** أن دهرندورف من خلال نظريته استطاع أن يثبت أطراف الصراع و أسبابه فرغم توافقه مع ماركس في كثير من جوانب الصراع ، بأنه موجود داخل النسق الاجتماعي ذاته و أصله يرجع إلى تضارب المصالح و تناقضها . إلا انه يرجع أسباب الصراع بالدرجة الأولى إلى علاقات السلطة التنظيمية على عكس الذي يرجعها إلى عدم العدالة في توزيع السلطة ، إلا انه رغم ذلك دهرندورف عجز عن توضيح كيفية انفجاره و كيفية حدوثه و يرجع ذلك إلى عجزه عن مواجهة علمية صريحة حيث انه لوضعه لأشكال الصراع كان غامضا ، و يتضح ذلك من خلال نقد بيتر فينجارت بأنه اغفل مفهوم ماركس المتعلق بالمصالح المتعارضة التي تقوم عليها البنيات الثقافية و التنظيمية للطبقات الحاكمة .

رغم ذلك دهرندورف نبهنا إلى جوانب هامة من نظرية الصراع يمكن من خلالها النظر إلى العالم الخارجي سواء في المستوى العلوي أو الجزئي ، مما يفتح أمام الباحثين في النظر بكل موضوعية الى ظاهرة الصراع خاصة من خلال إمكانية البحث الميداني⁵

نظرية الصراع للويس كوزر : اعتبر كوزر الصراع عملية ضرورية لفهم العلاقات الاجتماعية داخل المجتمع و داخل التنظيمات ، حيث يرجع الصراع إلى المصادر النادرة التي يحدث التنافس من أجلها و التي تبنى عليها طموحات الأفراد ، أما هذه المصادر قد تتمثل خاصة في القوة و السلطة و كيفية توزيعها و

⁵ - ناصر قاسيمي ، مرجع سابق ، ص 82-85

الحصول عليها من طرف الأشخاص والجماعات، فالأطراف المالكون لسلطة و الفاقدون لها، بذلك فالفكرة التي تبنى عليها طموحات الأفراد، أما هذه المصادر قد تتمثل خاصة في القوة و السلطة و كيفية الحصول عليها من طرف الأشخاص و الجماعات ، فالفكرة التي يحددها الصراع على أنها أنظمة مترابطة في العلاقة غير متوازنة بل هي في علاقة صراعية بسبب رغبة الأفراد في تحقيق طموحاتهم واشباعاتهم وهذه العلاقة الصراعية تساعدنا على فهم العلاقات الاجتماعية السائدة التي هي علاقات الصراع حول القيم و المكانة و مصادر القوة.⁶

كما يعتبر كروز أن المجتمع هو النسق الذي يتكون من أجزاء متناسقة و متكاملة ، إلا أن دخول عناصر أخرى للنسق كالعنف و التفكك و الصراع تؤدي إلى تخريب أو أيضا تدعمه و تساعد على التوافق مع البيئة و تكامله معها .
حيث يقسم الصراع إلى مايلي :

الصراع الداخلي : له علاقة بالقيم و الأهداف و المصالح الأساسية للجماعة فإذا فشل البناء في احتواء الصراع أصبح مهدد للبناء الاجتماعي ، و إذا تم التحكم فيه أصبح وظيفيا يحقق التكامل الاجتماعي.
الصراع الخارجي : و يكون بين جماعتين أو أكثر ، بين جماعة داخلية و جماعة خارجية حيث تسعى كل جماعة إلى تحريك طاقاتها من اجل مواجهة الجماعة الأخرى للحصول على أكبر نفوذ و سيطرة على حساب الجماعة الأخرى .

الصراع الغير واقعي: ينتج من اجل تخفيف و إزالة الضغوط التي تكون على الأقل عند احد الأطراف فإن هو فعل مشترك بين مجموعة الأفراد هدفه القضاء على التوتر دون الوصول إلى منافسة عدائية بينهم .
وظائف الصراع عند كروز : اعتبر كروز الصراع عاملا ضروريا لفهم العلاقات الاجتماعية داخل المجتمع وداخل التنظيمات، حيث يرجع أسبابه إلى التنافس على المصادر النادرة التي يبني عليها المتنافسون طموحاتهم، أما هذه المصادر تتمثل في القوة والسلطة وكيفية توزيعها والحصول عليها من طرف الأشخاص والجماعات ، بذلك فان أطراف الصراع المالكون للسلطة من جهة و الفاقدون لها من جهة أخرى .

وفي كتابه وظائف الصراع الاجتماعي تعرض إلى القيم الايجابية للصراع في كل المجتمعات ، فهي تدعم بناء الجماعة و تنمي لدى الأفراد الشعور بالانتماء بقوله : يسهم الصراع داخل الجماعة في إقامة الوحدة والاتساق والانسجام لما تكون الجماعة مهددة بالمشاعر العدائية و المتعارضة بين أعضائها وتتوقف فائدة الصراع في تحقيق التكيف الداخلي على نمط المسائل المتعارضة عليها ونمط البناء الاجتماعي الذي يظهره داخل الصراع و بذلك فالصراع لا يؤدي إلى أثار سلبية دائما بحيث يؤدي إلى اضطراب وظائف التنظيم واضطرب العلاقات ، بل أحيانا يكون ضروريا لإعادة ترتيب هذه العلاقات و تصحيحها و عادة توجيهها حتى

⁶ - Coser (L) – (A) , Les fonctions de conflit social , traduit par Matignon (M) P-U-F , edition , paris , année 1992 pages 20

و لو كان ذلك عن طريق التعبير عن مشاعر الغضب و العدوان و يبدو أن هذا الطموح يجمع بين العوامل النفسية و العوامل الاجتماعية لتدعيم فكرة وظيفة الصراع .

- كما ن وظائف الصراع ليست نفسها في كل المجتمعات بل ذلك يتوقف على طبيعة البناء الذي يحوي هذه الصراعات ، فالجماعة اشد تماسكا و تلاحما تشتد فيها مظاهر الصراع، أما جماعات قليلة التعامل يكون الصراع الداخلي فيها اقل قدرة على أحداث التفكك .

فحسب كوزر الصراع يحافظ على تكامل و توافق النسق أو إعادة بنائه و توافقه مع التغيرات من

خلال الروابط التالية :

فاختلال التوازن في تكامل الأجزاء المكونة للكل الاجتماعي يؤدي إلى :

- إعادة تكامل النسق الاجتماعي الكلي الذي يحدث تحت ظروف معينة
- مرونة زائدة في بناء النسق تزيد في قدرته على حل الاختلال المقبل في التوازن الذي يحدثه الصراع مما يؤدي إلى نسق يكشف عن مستوى عال من التوافق مع الظروف المتغيرة .

حيث قام كوزر بوضع خمس عشرة افتراضا على الشكل الآتي :

- يساعد الصراع على التماسك و إعادته لان مشاعر الخصومة تجد لها متافسا في الصراع.
- البناء الاجتماعي للجماعة هو المحدد لمدى فائدة الصراع أولا .
- كما لا تهدد الصراعات أسس العلاقات ، بميل الصراع إلى الإيجاب .
- يهدد البناء إذا لم يشترك أطراف الصراع في القيم الأساسية للبناء الاجتماعي .
- يعتمد الصراع على البناء الاجتماعي ، سواء كان هدفه توازن البناء أو تحطيمه.
- في كل بناء يوجد إمكانية للصراع للتنافس على مراكز القوة و المصادرة النادرة.
- الجماعات المتماسكة و المتفاعلة تكبت الصراع للإحساس بخطرهِ .
- كلما كانت الجماعة أكثر انفعالا اشتد الصراع .
- يقل خطر الصراع إذا كانت الجماعة اقل احتواء لأعضائها ، إذا كانت مشاركة أعضائها جزئية.
- يتأثر بناء الجماعة بصراعها مع الجماعة الأخرى.
- يؤدي الصراع إلى توازن البناء إذا كان مرنا متخصصا على الخارج.
- يستفيد البناء المتفتح من الصراع لأنه يكيف المعايير مع الظروف الجديدة.
- هناك نوعان من الصراع ، الأول غير واقعي و يرتبط بالمصالح الخاصة، و الثاني واقعي مرتبط بالمصالح العامة.

- ما يهدد البناء ليس الصراع و لكن جمود البناء الذي يسمح بتراكم العداة.

- كلما كانت أهداف المتنازعين غير محدودة طالت عملية النزاع .

- كلما كان الصراع حادا و عنيفا تحددت الجماعات المتصارعة أي وضوح كل معسكر .

- كلما زادت حدة الصراع تزايد تضامن كل طرف اجتماعي ، وزاد شعور بان مصيره مشترك .

فمن خلال النتائج التي وضعها كوزر حول الصراع نستخلص أن أسباب الصراع في افتراضات الصراع كالاتي: عدم التوزيع العادل للسلطة و الموارد ، بل و التشكيك في شرعية السلطة ذاتها، و يزيد في قوة الضغط نقص و ضعف الاتصال الذي يسمح بالتعبير بكل حرية عن عدم العدالة و عدم التوازن في العلاقات العامة :

أما شدة الصراع و ضعفه تكون حسب كبر حجم الجماعة أو صغرها ، و ترتبط بنوعية العلاقات و بالوسائل التنظيمية المتوفرة و التي يمكن أن تقلل من حدة الصراع.⁷
نستخلص من النظريات السوسيولوجية المتعلقة بالصراع :

- على أن النظرية الماركسية التقليدية ركزت على سليات الصراع بين الطبقة الحاكمة البرجوازية و سيطرتها على الطبقة المحكومة المستضعفة ، خاصة في القطاعات الصناعية ، و اعتبار أن سوء توزيع الثروة هو سبب الصراع و النزاع بين الطبقتين و لحل الصراع لابد من إعادة توزيع الثروة بين أفرادها .
- أما الخلدونية فاعتبرت أن التعاون بين القبائل و الجماعات قد يصبح صراعا
- بينما تأخذ الماركسية الحديثة الصراع من الناحية السلبية و الايجابية في المساهمة في التغيير و تحسين الأوضاع ، و تعتبر الصراع على السلطة و المصادر النادرة .

1-1-2- أسباب الصراع :

هناك أسباب عديدة للصراع التنظيمي يصعب حصرها ، منها ما يرجع إلى طبيعة العلاقات الاجتماعية بين أعضاء التنظيم ، و منها ما يرجع إلى طبيعة أبنية التنظيمية و منها ما يرجع إلى المهام التي يقوم بها التنظيم ذاته ، و من هذه الأسباب يمكن أن نذكر مايلي :

1-1-2-1- أسباب تنظيمية :

- محدودية الموارد مثل المكافآت أو التجهيزات (مكتب ، جهاز تكييف سيارة... الخ) أو فرص للتدريب هذا ما يسمح ببروز الصراع
- مشاركة الأفراد في اتخاذ القرارات يتيح الفرصة للأفراد من اجل التعبير عن النزاعات ، و توفر ظهور الخلافات.
- غموض الاختصاصات الوظيفية التي لا يمكن إدارتها من طرف المسؤولين.
- تشويه الاتصالات في المنظمة من المصادر الشائعة للصراع.
- ظروف العمل (نظافة ، الضجيج ، التوقيت) .
- التعب : كثرة العمل لتحقيق الإنتاج المطلوب يؤدي إلى التعب و الملل .
- زيادة مسؤولية الموظف أو المدير مع محدودية صلاحيته .

⁷ - ناصر قاسيمي ، مرجع سابق ، ص 95

- عدم تكافؤ السلطة والمسؤولية : عندما لا توافق سلطات وحدة معينة مع مسؤولياتها من المحتمل أن ينشأ صراع بين مسؤوليها.

1-1-2-2- أسباب شخصية :

- تباين شخصيات الأفراد و قيمهم و أخلاقياتهم ، الأمر الذي يثير المشاحنات و تصادم و تعارض وجهات النظر .

- تعارض و اختلاف الأهداف و المصالح .

- الأنانية ، حيث يسعى طرف أو أكثر إلى الانحياز الكامل لمصالحه غير عابئ بمصالح الطرف الآخر أو متعديا عليها .

- الولع بالسلطة و السعي لموقع السلطة و ما تهيؤه من نفوذ يسهل تحقيق المصالح الذاتية .

- المضايقات التي تحدث بين الجنسين في بيئة العمل من الموظفين للموظفات و العكس.⁸

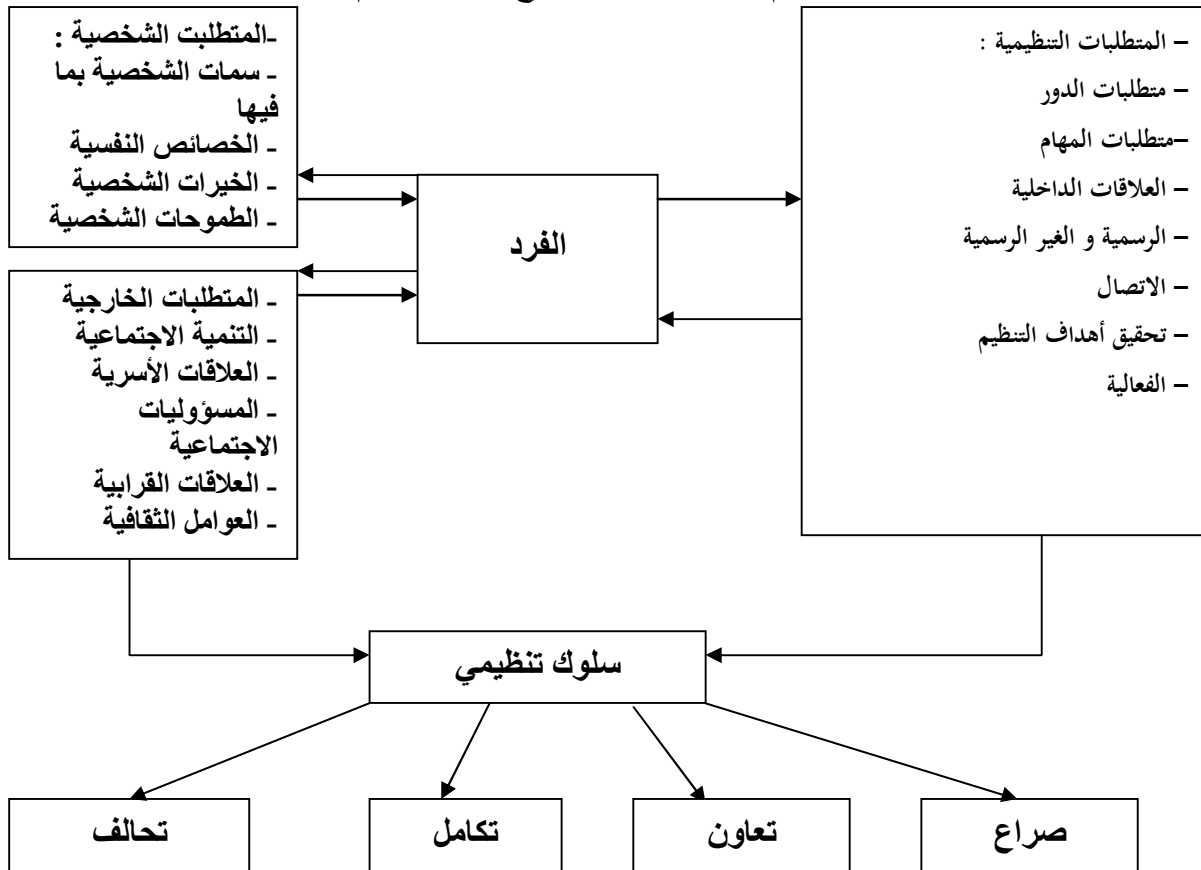
1-1-2-3- أسباب خارجية :

الواجبات الأسرية و متطلبات العلاقات القرابية الاجتماعية دون إغفال الثقافة و ما تفرضه من ضبط للسلوك الفردي .

و يمكن تلخيص ذلك في كل ما يتعلق بالخصائص النفسية و الشخصية للفرد ، و خبراته و طموحاته إلى جانب البيئة الاجتماعية و المحيطة بالأفراد التي يتفاعلون معها يوميا، وتؤثر فيهم بسبب الخصائص التي تتميز بها و التي تجعلهم إما راضين أو غير راضين عن هذه العلاقة، و من هنا تتحول عوامل الضغوط التي يمكن أن يتحول البعض منها إلى عوامل صراع ينعكس على العلاقات التنظيمية وعلى فعالية أداء العاملين و على سلوكهم التنظيمي بصفة عامة .

⁸ - احمد السيد مصطفى، إدارة السلوك التنظيمي (رؤية معاصرة)، حقوق الطبع و النشر محفوظة للمؤلف، 2000 ، ص 434.

الشكل رقم 03 : أسباب الصراع داخل التنظيم



المصدر : ناصر قاسيمي ، مرجع سابق ، صفحة 144

1-1-3- مراحل الصراع :

إن الصراع ظاهرة طبيعية تعرفها جميع المنظمات باختلافها ، فالصراع يكون بين مجموعتين أو فردين أو مجموعة وفرد، أو فرد ومجموعة من أجل الحصول على الموارد النادرة، ومن أهمها السلطة و المركز وهذا للحفاظ على المكانة داخل المنظمة، ويمكن أن تحصل بصورة مفاجئة بدون مقدمات أو إشعار مسبق كالشعور بأحداث حركة في المنصب فجأة ، مما يؤدي إلى حدوث الصراع . فالصراع ظاهرة منطقية لها أسبابها المباشرة أو الغير المباشرة التي دفعت إلى الصراع ، فيؤدي إلى حركة غير عادية داخل التنظيم سببها الصراع و التي تدفع إلى التوتر بين أعضائها المعبرين عن عدم الرضى عن الأوضاع الحالية السائدة مما يجعل بعضها يقومون بالبحث عن الحلول التي تقضي على جميع السلبيات التي تخلقها الصراعات خاصة على مستوى لفعالية داخل التنظيم ، حيث يمكن حصر المراحل التي يمر بها الصراع على النحو التالي :

أ - مرحلة الصراع الخفي: (Latent conflit) : و في هذه المرحلة يكون سبب واحد للصراع و

يحتل أن يتطور منه الصراع، ولكنه لم يحدث بعد بل مازال مدفونا

ب - مرحلة إدراك الصراع (Percieved conflit) و هنا يدرك احد الأطراف أهمية الخلاف

بالنسبة لمصلحته و بهذا يؤدي الخلاف إلى الصراع

ج - مرحلة الشعور بالصراع (Felt conflit) في هذه المرحلة ينشأ شعور شخصي و داخلي بالصراع مثل : القلق والتوتر والغضب و يصبح منهم طرفا في الصراع يسعى للغزو ولو على حساب الأهداف العامة للمنظمة

د - مرحلة الصراع الظاهر (Manifest conflit) و هنا يصبح الصراع مكشوفاً و يتم التعبير عنه سلوكياً من خلال وعي طرف لإحباط و عدم التعاون و التخريب ، و هذا السلوك مدمراً مما يستوجب معالجة الصراع عند هذا المستوى

هـ - مرحلة إدارة الصراع (Conflit management) تتوقف نتائج الصراع على أسلوب إدارته فإذا ما تمت إدارة الصراع بطريقة ترضي جميع الأطراف فسيعمل ذلك على تشجيع التعاون و التفاهم المتبادلين و التنسيق مستقبلاً بين الأطراف المتصارعة ، ولكن تم كبت الصراع أو تجنبه أو إدارته بطريقة جديدة لاحقاً و إذا ما تم شعور العاملين بالإحباط نتيجة الفشل في إدارة الصراع المتجدد يمكن أن يشكل مشكلة أكبر بكثير مما كان عليه الوضع سابقاً.⁹

1-1-4- أنواع الصراع : تتعدد أنواع الصراع من صراع ذاتي داخل الفرد إلى صراع اجتماعي بينه و بين غيره من الأفراد إلى الصراع بين أعضاء الفريق الواحد إلى الصراع بين الفرق و الإدارات داخل المنظمة ثم الصراع بين المنظمة و الأطراف الخارجية و هي كالاتي :

- الصراع الذاتي: و هو ذلك الذي ينشأ داخل نفسية الفرد ، و يتمثل في ميول متضادة متزامنة لقبول أو رفض شيء محدد لإقدام على سلوك معين أو الإحجام عنه، وعادة ما يرتبط ذلك بالتردد والقلق ويولد ضغوطاً نفسية قد تؤدي بالفرد إلى عدم اتخاذ قرارات ناجحة تخدم المؤسسة.

- الصراع الاجتماعية: و هو ذلك الذي ينشأ بين فردين أو أكثر و يمكن تصنيفه إلى نوعين :

1 - صراع على مسائل العمل : و ينبع من الخلافات على مسائل مثل الأهداف و تخصيص الموارد و تصميم أو تطبيق السياسات و الإجراءات ، و توزيع المهام على العاملين و توزيع الحوافز وكذلك، و ينشأ هذا النوع من الصراع من رفض لتغيير في خطط أو سياسات أو إعادة تنظيم وما إلى ذلك.

2 - صراع عاطفي : وينبع من مشاعر غضب وعدم ثقة و كره وخوف واستياء انتهاكات أو مناقشات شخصية.

- الصراع داخل الفريق أو الجماعة : هو الصراع الذي يظهر بين أعضاء فريق العمل الرسمي المؤقت أو الدائم بسبب التنافس على مورد مشترك نادر أو محدود ، مثل الصراع على اختصاصات أو مكتب أو غرفة مكتب أو مكافآت أو ترقية.

- الصراع بين فريق عمل أو الإدارات : و هو الذي ينشأ بين إدارتين داخل المنظمة ، بشأن أهداف أو تهيئة المعلومات أو تسوية علاقات ، أو تطوير مواقف و اتجاهات .

⁹ - حسين حريم ، إدارة المنظمات (منظور كلي) ، دار حامد لنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، الطبعة 1 ، 2003 ، ص 248-250 .

- الصراع بين منظمة و أطراف خارجية مثل الصراع الذي ينشأ بين :

أ - المنظمة و نقابة العمال .

ب - المنظمة و الموردون .

د - المنظمة و المنافسون.¹⁰

أما الصراع الذي تطرقنا إليه في بحثنا هو الصراع بين فردين لهما مكانة و مركز يحاربون من اجل المحافظة عليها ، و الحصول على اكبر امتيازات من خلالها.

1-2-1- استراتيجيات تسيير الصراع :

1-2-1- نتائج و آثار الصراع التنظيمي: لا شك أن الصراع يولد آثار لها شأنها على العاملين

والعمل و من ثم على المنظمة ككل .

ومن خلال نظريات الصراع الحديثة نرى أن الصراع قد يكون له نتائج ايجابية كما قد يكون له نتائج

سلبية بالنسبة للمنظمات و ذلك في ضوء مستوى شدة الصراع و كذلك الطريقة التي يدار بها .

1-1-2-1- الآثار السلبية للصراع :

- يولد الصراع آثار سوسولوجية سيئة لدى العاملين ، فالصراع المستمر بينهم يؤدي غالبا إلى

العدوانية والبغضاء مما يخلق جوا مليئا بالحقد و الكراهية، و بالتالي الإحباط و عدم العمل بالروح الفريق، وعدم التعاون في سبيل تحقيق الأهداف المشتركة¹¹

-يؤدي الانخراط في الصراعات إلى إضاعة الوقت و الجهد على كل من الأفراد و الإدارة مما يعيق

تحقيق أهداف المنظمة .

- إن الصراع يؤدي إلى ردود فعل مختلفة تترك أثرها المباشر أو غير المباشر على الإدراك و

الاتجاهات و الميل السلوكي، بل السلوك الفعلي داخل و خارج المنظمة

- زيادة معدلات الغياب و دوران العمل.

- تغليب نطاق التعاون بين الأفراد و الجماعات.¹²

- عدم الشعور بالرضى لدى الأشخاص الذين ينشأ بينهم الصراع ، و يؤدي ذلك إلى انخفاض الروح

المعنوية و عدم تحقيق روح الفريق.¹³

الآثار الايجابية للصراع : قد يكون للصراع أيضا دور ايجابي في الحفاظ على ثبات التنظيم من ناحية

و أدائه لوظيفته من ناحية أخرى.

1-2-1-2- الآثار الايجابية للصراع :

¹⁰ - احمد السيد مصطفى ، مرجع سابق ، صفحة 426

¹¹ - محمد العزازي احمد ابو ادريس، العلاقات العامة المعاصرة ، وفعالية الإدارة ، الزقازق للنشر و التوزيع ، مصر، الطبعة الأولى ، سنة 1996 ، 273

¹² - محمد العزازي احمد ابو ادريس، المقومات السلوكية، والتنظيمية للمدير العصري ، المكتبة العلمية ، الزقازق لنشر والتوزيع ، مصر، 2002 ، ص82

¹³ 4 - صلاح الدين محمد عبد الباقي ، السلوك التنظيمي، الدار الجامعية الإسكندرية ، مصر، 2005 ، ص 198

- قد يولد الصراع التنظيمي مواهب ابتكاريه بين الأفراد ، و التي تساهم في إيجاد حلول تقليدية للمشكلات التي تواجهها المنظمات ، و بالتالي مواجهة الموقف الصعبة مستقبلا. ¹⁴
- يمكن أن يؤدي الصراع التنظيمي إلى إشباع حاجات بعض الأفراد ، و بالتالي تحفيزهم على التنافس الايجابي المثمر. ¹⁵
- ويمكن معرفة مستوى الصراع و درجته من خلال الأداء التنظيمي ، فعندما يكون الصراع منخفضا للغاية. فان مستويات الصراع قد تتأثر سلبيا بشكل ملموس ، حيث من غير المحتمل أن تبرز محاولات التطوير والابتكار والتغيير والقدرة على التكيف مع البيئة المحيطة فإذا ما استمر هذا المستوى من الصراع المتدني فان استمرار بقاء الصراع عند الحد الأقصى المرغوب فانه قد يتولد عنه نتائج سلبية تهدد بقاء واستمرار التنظيم كذلك .

الجدول رقم 01 : العلاقة بين الصراع و الأداء التنظيمي

الموقف	مستوى الصراع	التأثير المحتمل	الخصائص التنظيمية السائدة	مستوى الأداء التنظيمي
الموقف الأول	منخفض أو غير موجود	سلبى	- قدرة محدودة على التكيف - تغيرات محدودة - محدودية المحاولات - الابتكار و التطوير	منخفض
الموقف الثاني	متوازن أو امثل	ايجابي	- تحرك ايجابي نحو الأهداف - ميل إلى الابتكار و التطوير - البحث الايجابي عن حلول للمشكلات - تكيف سريع مع المتغيرات البيئية	مرتفع
الموقف الثالث	مرتفع	سلبى	- سيطرة النزاعات - تداخل في الأنشطة - صعوبة التنسيق - ميل إلى الفوضى	منخفض

المصدر : جمال الدين المرسي ، ثابت عبد الرحمان ادريس ، السلوك التنظيمي ، نظريات و نماذج تطبيق عملي لإدارة السلوك في المنظمة ، الدار الجامعية للنشر و التوزيع ، الإسكندرية ، مصر ، سنة 2002 ، صفحة 285

⁵ - احمد سيد مصطفى ، مرجع سابق ، ص 436

1-2-2- إدارة الصراع التنظيمي : إن الصراع يمثل احد حتميات التواجد في المنظمات فان الإدارة يجب أن تقابله كواقع و أن تتعايش معه و أن تحاول استخدام أدوات أكثر فعالية لإدارته ، وتحقيق الاستفادة منه .

فهناك استراتيجيات عديدة لمواجهة الصراع و تسويته و هي كالآتي :

أ - إستراتيجية القوة : أين يلجا المدير إلى استخدام القوة و النفوذ لإيجاد حل الصراع القائم إلا أن تطبيقها يؤدي إلى ظهور مشكلات ، مثل : الضغوط النفسية و عدم إتاحة الفرصة من المواهب الابتكاري .

ب - إستراتيجية التهدئة : و تعتمد على ترك الموضوع محل الصراع ليزول بفعل الزمن دون أن يؤثر على العلاقات بين الأفراد المختلفة ، و ذلك من خلال التأكيد على إمكانية الوصول إلى حل مقبول من جانب جميع الأطراف.¹⁶

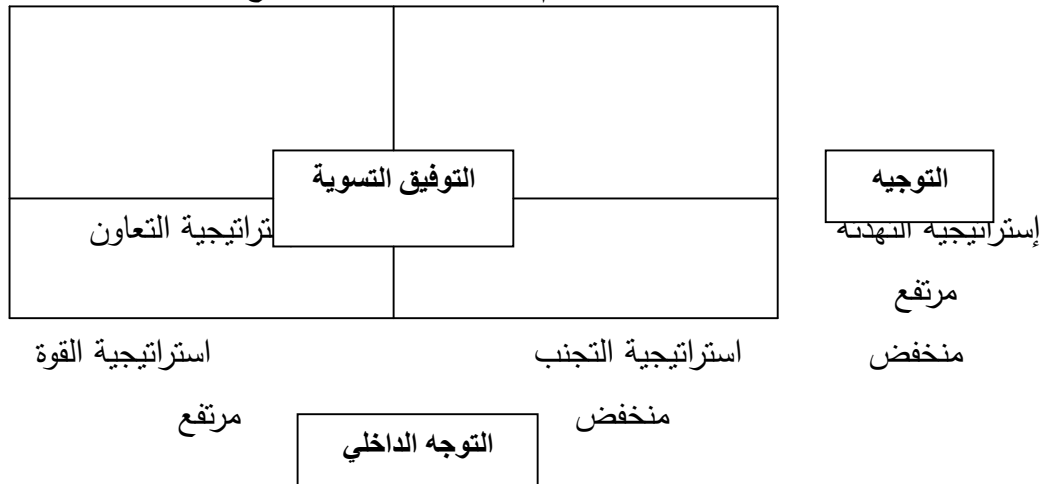
ج - إستراتيجية التعاون : يقوم المدير بتدعيم اعتقاد العاملين أن أهدافهم متوافقة أكثر منها متنافسة أو مستقلة عن بعضها البعض ، و من الطبيعي أن يدفع مثل هذا الاعتقاد العاملين إلى مناقشة الاختلافات الموجودة بينهم بصراحة و بوضوح ، و بذلك يتم توظيف الصراع لمصلحة الأطراف المختلفة .

د - إستراتيجية التنافس : يحاول فيها الفرد تحقيق مصلحته الذاتية بصرف النظر عن مصالح الآخرين حيث يثبت كل فرد منهم للمدير انه قادر على انجاز المهام الوظيفية بشكل أفضل ، مما يستطيعه بقية العاملين في الإدارة.

هـ - إستراتيجية التجنب : يلجا إليها الفرغ للمحافظة على التجانس و الهدوء السلبي للاختلافات الموجودة في مكان العمل ، و محاولة منع تفشي الشعور بالغضب و الإحباط و هنا نلاحظ تجاهل مسببات الصراع بالرغم من السماح باستمرار الصراع نفسه في ظل ظروف معينة و هذا يعني إعطاء الموظفين فترة زمنية للتفكير الثوري و إعادة النظر في الأمور.

¹⁶ - محمد العزازي احمد ابو ادريس ، العلاقات العامة المعاصرة ، و فعالية الإدارة ، مرجع سابق ، ص 90

الشكل رقم 04 : شبكة حل الصراع



WWW.altahaddi.net/search/hd0220-03-htm

الجدول رقم 02 : طرق إدارة الصراع

طريقة	وصف موجز	دواعي الاستخدام
النفوذ القوة	الهدف : تحقيق المصلحة 1 - مدير يفرض قرارا على مرؤوسيه أ - التأثير عليه سلبيا المنطق : أن اعرف أن المصلحة لا تتافسني	عندما لا تتوفر وقت للمساومة بينما يتطلب الأمر قرار حاسما سريعا في وقت طارئ - لتحجيم أو إخماد أشخاص يناورون أو يسيئون استغلال الفرص - القرارات المرتبطة بالمصلحة العامة
التعاون المشاركة (التفاوض)	الهدف : حل مشترك أو جماعي - تسعى الأطراف لحل متكامل - يحاولون الافاد ضمن المورد المشترك - المنطق : يهمني التوصل لحل يرضيها	- عندما تكون موضوعات النزاع هامة للأطراف - عند إدراك أهمية المصالح المشتركة و إنما تقوم بالتنازل النسبي و التوفيق - عند حاجة طرف أو طرفين من التعلم من الطرف الآخر

<p>- عندما لا يستحق الأمر التنافس أو استخدام النفوذ</p> <p>- عند تناقض أهداف طرفي النزاع و تكافئ قوتها</p> <p>- عند الحاجة لحل مؤقت أو وسيط بشكل عاجل</p>	<p>الهدف : التوصل لاتفاق سريع</p> <p>- الانتقال من التطرق في المطالب إلى المطالب أكثر اعتدالا</p> <p>- استمرار النزاع : يضرنا و بالأعمال</p>	<p>التوفيق الحل الوسيط</p>
<p>-عندما لا يكون الأمر هاما و هناك أهم منه</p> <p>- عندما يبدو أمل في نجاح أي من أنماط داخل الصراع السابقة</p> <p>- عندما تفوق تكلفة الصراع عائدة</p> <p>- عندما يكون هناك حل أفضل الصراع بواسطة طرف آخر</p> <p>- عندما لا يبدو هناك أملا مع استمرار الصراع</p>	<p>الهدف : تجنب الصراع</p> <p>- تجاهل موقف الصراع</p> <p>- تجنب تصور اجتماع ساخن</p> <p>- تأجيل الإجابة على مذكرة شائكة</p> <p>- المنطق : ماذا سأكسب من التوتر ؟</p>	<p>التجنب الانسحاب</p>
<p>- عندما تقل أهمية الموضوع بالنسبة لك تكون مهمة بالنسبة لطرف آخر</p> <p>- عندما ترى أهمية بناء علاقات مستقبلية مفيدة</p> <p>- عندما يبدو أن الطرف الآخر أقوى و انك ستخسر ، و عندما تحتاج لتقليل قدر خسارتك</p>	<p>الهدف: عدم إغضاب و خسارة الطرف الآخر بما افعله لترضى</p> <p>- هذا الموقف لا يستهل الخصام</p> <p>- الأولوية : هو الحفاظ على علاقات منسجمة</p>	<p>التهديئة الخواطر</p>

1-2-3- سياسة التفاوض لحل الصراع :

أ - تعريف التفاوض : هناك عدة تعاريف للتفاوض و إن كانت جميعها تختلف في صياغتها و تراكيبها اللغوية ، إلا أنها تتفق جميعها حول مضمون و معنى واحد و يتضح ذلك من خلال استعراض بعض هذا التعارض على النحو التالي :

- التفاوض هو ذلك الموقف التعبيري الحركي بين طرفين أو أكثر حول قضية من القضايا يتم من خلاله نوع من تبادل الآراء وعرض وجهات النظر و استخدام كافة أساليب التأثير والإقناع في محاولة بين الموقف والمواعمة، بين المصالح المختلفة والتكيف مع التغييرات بهدف الوصول إلى اتفاق مشترك تقبله الأطراف المعنية و ترتضيه ضمانا لاستمرارية العلاقات فيما بينها.¹⁷

- كما قد يكون التفاوض نوع من الحوار و الاقتراحات المتبادلة بين طرفين أو أكثر ، بهدف التوصل إلى اتفاق يؤدي إلى حسم قضية أو قضايا نزاعية ، و في نفس الوقت الحفاظ على المصالح المشتركة فيما بينهم.¹⁸

ب - أهمية التفاوض : أننا نعيش اليوم عصر التفاوض نظرا لان معظم أنشطتنا اليومية أصبحت في حاجة ماسة إلى التفاوض، و هذا حتى نتمكن من تحقيق أهدافنا و مصالحنا المتنافسة و المتعارضة دائما و باستمرار و إيجاد حلول معقولة و مقبولة لمشكلاتنا المشتركة ، و بالتالي المفاوضات اليوم لم تقتصر على الأمم و شعوب بل انتشر استخدامها بكثرة بين الجماعات و الأسر، من أمثلة ذلك المشكلات الخلافية بين الرؤساء و المرؤوسين ، فكل طرف من هذه الأطراف يسعى للحصول على أفضل النتائج بأقل قدر ممكن من الصراع الذي يبذل و يهدر الموارد الإنسانية و المادية ، خاصة الجهد و الوقت و المال .

- هذا و تشير التحولات العالمية الجديدة المتلاحمة في المجالات السياسية و العسكرية و الاقتصادية و التجارية و القانونية و التنظيمية و الاجتماعية إلى أن كل شيء أصبح خاضعا للتفاوض في سبيل السعي نحو الأهداف و المصالح المشتركة بقدر الإمكان ، كبديل للصراع بما يؤدي إلى الحفاظ على الموارد الإنسانية و المادية بل و يوفر فرصا مواتية لإمكانية تنميتها و حسن استثمارها على نحو الأفضل .

- و مع الاعتراف بأهمية المهارات الشخصية و الذكاء و اللياقة و القدرة على التصرف و الحوار في ممارسة العملية التفاوضية ، فإن العمل التفاوضي لم يعد مجرد فن في التطبيق و الممارسة، بل أصبح لتفاوض العديد من الأصول و المبادئ العلمية الواجب مراعاتها لزيادة درجة فعاليته .

- و على ذلك يمكن القول بان التفاوض قد أصبح فنا و علما حيث يعني القدرة على توظيف المهارات الشخصية في مجالات تطبيق الأصول والمبادئ والقواعد العلمية لتفاوض¹⁹

1-3- أسباب و نتائج الصراع السلطوي داخل قطاع الصحة :

¹⁷ - محسن احمد الخضيرى ، التفاوض علم المستحيل انطلاقا من الممكن ، القاهرة ، 1988 ، ص 14 و 1

¹⁸ - صديق محمد العفيفي ، التفاوض الفعال في الحياة و الأعمال ، مكتبة عين الشمس ، مصر ، 1996 ، ص 13

¹⁹ - محسن احمد الخضيرى ، التفاوض علم المستحيل انطلاقا من الممكن ، القاهرة ، 1988 ، ص 14

1-3-1 - المستشفى كمنظمة طبية: تقوم المنظمة أساسا وفقا للنظريات الكلاسيكية على تقييم العمل و على جهاز ضبط و التنسيق ما بين وحدات هذا التقسيم . و تفترض النظريات أن لكل منظمة هدف توجه جهود العاملين في المنظمة لتحقيقه ، فالمنظمات هي أدوات يمكن عن طريقها تحقيق أهداف معينة، ولكي تتمكن المنظمات من أداء هذه الأدوار لابد أن يكون لكل منها تركيب رسمي محدد في صورة قوانين ولوائح مدونة بالإضافة إلى تنظيم متدرج للسلطة وتقسيم للعمل الذي يحدد لكل عضو في المنظمة العمل الذي يقوم به و الدور الذي يقوم به والدور الخاص به .

والمستشفى منظمة تتضح فيها خصائص المنظمات السابقة الذكر : و هي منظمة تجمع ما بين أفراد ينتمون إلى فئات مهنية مختلفة، للعمل في أنشطة ترتبط بالصحة ، فكما أن المستشفى يعتبر مكان العمل الرئيسي لبعض العاملين في مجال رعاية وعلاج المرضى، فهي كذلك المركز الرئيسي للبحث الطبي و مصدر رئيسي لتدريب العاملين في المجال الطبي على اختلاف تخصصاتهم ، و لذلك تتعدد أهداف المستشفى و من أهمها :

- رعاية و علاج المرضى .
- إجراء البحوث الطبية بغرض التقدم في وسائل العلاج و تطويرها.
- تدريب الأطباء و الممرضين و سائر العاملين في المجال الطبي .
- اشفاق الثقافة الطبية في المجتمع بصفة عامة و في المجتمع المحلي المحيط بالمستشفى بصفة خاصة.
- العمل على وقاية أبناء المجتمع من الأمراض المختلفة .
- ولا تتحقق هذه الأهداف داخل المستشفى إلا عن طريق تنظيم اجتماعي ، يتمثل في التنظيم الرسمي و التنظيم غير الرسمي للمستشفى .²⁰
- فالتنظيم الرسمي هو ذلك الإطار المكتوب و اللوائح المحددة ، التي تحدد أهداف المستشفى و سياساتها والإجراءات الواجب إتباعها لتحقيق هذه الأهداف .
- تحديد الوظائف والأدوار وحقوق العاملين بالمستشفى بفئاتهم المختلفة.
- وضع أسس فعالة للاتصالات وتبيان اتجاهاتها لضمان تدفق المعلومات بما يحقق تكامل الأداء .
- تحديد وسائل الضبط و أسلوب ممارستها .
- و يشمل التنظيم الرسمي للمستشفى على عدة قوى رسمية أهمها مايلي :

- 1 - المدير العام .
- 2 - مجلس الإدارة .
- 3 - مجلس طبي .
- 4 - الجهاز الطبي .

²⁰ - سنية شمس الدين صباحي ، التنظيم الاجتماعي للمستشفيات كمؤسسات طبية ، رسالة دكتوراة ، كلية الدراسات الإنسانية ، جامعة الأزهر ، مصر ، سنة 1984 ، صفحة 96

5 - جهاز التمريض .

6 - الجهاز الإداري .

ويعتبر مدير المستشفى ومجلس الإدارة بها أصحاب السلطة المباشرة على رقابة التنظيم الرسمي ويمتلك جهاز التمريض و الجهاز الإداري سلطة محدودة ، حيث يتمتعان بشيء من النفوذ والرقابة على أقسام المستشفى، وتمارس الاحتياجات الفيزيكية و السيكلوجية والاجتماعية قصد الارتقاء بمستوى الرقابة الطبية، وإلى جانب ذلك هناك سلطة ثانية متمثلة في السلطة الطبية ، مهامها مرتبطة بالتقدم التقني و الفني بتوفير التكنولوجيا الطبية لطبيب و أعوانه (معرفيا و ماديا) لتقديم أحسن الخدمات للمرضى و نشر الوقاية بين أفراد المجتمع .
إلا أن هذا التنظيم الرسمي تتخلله صراعات سياسية بين أعضائه ، كلها تتعلق بكيفية الرد على سؤال بسيط : كيف و وقف أي أولويات تحدد الخيارات و الآليات الساهرة على توزيع الموارد المادية و المعنوية ؟ و من يقوم بتحديدتها ؟²¹

1-3-2- أسباب الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية :

- إن الصراع الأساسي داخل المؤسسة الاستشفائية لا يحدث بين المؤسسات الاستشفائية، ولا بين الوظائف ولكن بين الأدوار العلاجية والتسييرية للمستشفى. فالسلك التقني لديهم مهمة علاج المرضى من جهة و السلك الإداري لديهم مهمة تسيير الموارد وتوزيعها على جميع المصالح الاستشفائية أين يكون السلك التقني بحاجة للعمل بها، و بهذا تتكون لديهم علاقة مزدوجة .

فبعد توفير الموارد المادية و البشرية يطالب صاحب السلطة الإدارية من السلك التقني تقديم أحسن الخدمات الصحية، فمن خلال هذه الأدوار التكاملية داخل البناء الاستشفائي و الذي تختلف طبيعته حسب الأزمنة والحالات ، أما من خلال التعامل الودي أو الصراع ، إلا أن الإنسان بطبيعته يحب الظهور والبروز بين أفراد المجتمع . فأصحاب السلطة الإدارية و الاستشفائية يعمدون إلى المواجهة من أجل الحفاظ على المكانة و المركز المبني على الاحترام و التقدير، خاصة ما يتعلق بأصحاب السلطة الطبية رغم عدم احتمال تصرفات بعض أعضائها أثناء تعاملهم مع المرضى ، إلا انه لا يمكن الاستغناء عنهم²²

- إن المنظمة الاستشفائية لديها أبعاد سياسية و التي تظهر من خلال مطالبة كل من أصحاب السلطة الإدارية و السلطة الطبية بالاستقلالية في اتخاذ القرارات إلا أن الاختلاف في طريقة تفكيرهم و التي تكونت عن طريق المكتسبات الثقافية و القيم الاجتماعية المكونة للشخصية ، و أسلوب التسيير الذي يكون تفسيراً للتكوينات التي تلقاها صاحب السلطة ، هذا الاختلاف يؤدي إلى وقوعهم في صراعات و الذي يتسبب في كثرة العطل المرضية والغيابات و التشكيك في مدى نجاعة ورشد وعقلانية القرار في ظل ازدواجية الاستراتيجيات

²¹ - فوزية رمضان أيوب ، علم الاجتماع الطبي ، مكتبة نهضة الشرق ، جامعة القاهرة ، مصر ، 1985 ، ص 136-140

²² الساعة -http://www.gairr.info/article.php? 13/01/2007

- إن سلك الأطباء يرون أن المسيرين لا يملكون أسلوب أو نمط تسيير يتماشى مع أهداف المؤسسة الصحية ، خاصة فيما يتعلق بتسيير الموارد المادية و البشرية ، لان رأيهم يتنافى والصرامة في تطبيق القوانين و الذي يضر بالمؤسسة أكثر مما ينفعها .

وبهذا يرى السلك الطبي أن صاحب لسلطة الإدارية الذي ليس له تكوين إداري طبي لا تكون له كفاءة ومعرفة كلية لمشاكل المستشفى ، كما انه عدم فهمهم لمهام وادوار السلك الطبي، والذي يضعف العلاقات الإنسانية و الوظائفية بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية²³

- يعتبر السلك الطبي أساس قيام المنظمة الاستشفائية ، كما انه يعتبر التنظيم الخاص الذي يسهر على تقديم العلاج و رعاية صحة المواطنين و توعيتهم. و أي توقف ينجر عليه مشاكل ، إلا أن السلطة الإدارية هي التي تمثل جانب التسيير في المستشفى ، فما عليه إلا أن يعمل على توفير الإمكانيات اللازمة التي تطلبها السلطة الطبية و التي تمكن السلك الطبي من القيام بمهامه على أكمل وجه ، و يقصد بذلك العمل على توفير الإمكانيات اللازمة و جو العمل المناسب من معدات طبية لازمة و أدوية أساسية إضافة إلى المستخدمين الطبيين و الشبه الطبيين، لتخفيض الضغط على المصالح و هذا ما تطلبه أي سلطة طبية (رؤساء المصالح) من السلطة الإدارية (المدير، النواب) .

إلا أن الإمكانيات المطلوبة،تتعلق أساسا توفر العملة الصعبة التي أصبحت مشكل يعيق جميع التنظيمات و بوجود الأزمة الاقتصادية أصبح من غير الممكن الحصول على التجهيزات المطلوبة من طرف السلطة الطبية ، و استلزم تدخل المدير ليفرض على القسم الطبي أن يعمل تحت الإمكانيات المتاحة، وقد اعتبر ذلك من جانب رؤساء المصالح سوء في التسيير و نقص في كفاءة المسيرين ، مما ترتب على ذلك سوء في علاقات العمل و بروز الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية²⁴

إن تعارض المصالح الشخصية و تناقضها بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية و ما ينجم عنها من الذاتية و الأنانية ، حيث يعمد كل طرف إلى اتخاذ القرارات التي تحدد اكبر فوائد شخصية و مهنية، فمثلا : رئيس مصلحة يقدم قرار بضرورة توسيع مصلحة طبية و ما يترتب عنها من تحسين ظروف العمال. فالسلطة الطبية تطالب من نظامها المثالي توفير للسلك التقني أجورا محترمة و كل الأجهزة الضرورية و الأدوية اللازمة و السماح لهم بوصف كل أنواع العلاج للمرض مع إمكانية تكوين الثروة و السمعة واستغلال المؤسسة للأبحاث العلمية ، لذا يقدمون القرارات التي تحقق مصالحهم و تحافظ على مركزهم ، كما يقومون بمطالبة بتطبيقها ، أما أصحاب السلطة الإدارية فهم يتخذون قرارات تنص على حسن استعمال الموارد حتى تبقى صناديق الضمان الاجتماعي الممولة للنظام رابحة على الدوام ، فتوفر لأصحاب السلطة الإدارية أقصى قدر من الصلاحيات على حساب الأطباء ، كما يطلبون من رؤساء المصالح و السلك التقني بتقديم أحسن الخدمات العلاجية وفق الإمكانيات المتاحة، هذا ما يرفضه رؤساء المصالح وجميع أعضاء السلك التقني،

²³ <http://www.swamsa.com/module.php?21/01/2007> 16 h

²⁴ - www.echouroukonlive.com/module.php?name news file ; article.sid , 1245 ; 22/01/2007, 10h, date de l'article 12/08/2006

فيولد صراع فيما بينهم والذي تظهر نتائجه على مستوى الخدمات المقدمة للمرضى والتسيير الداخلي للمستشفى²⁵

إن المؤسسات العمومية تعاني من تسيير لا يخضع في طبيعته إلى المعايير القانونية ، وتبقى كثير من النصوص في إدراج المسؤولين، يستخرجون منها ما يخدم توجهاتهم و ثرواتهم و يعرضون عما يضيق عليهم مجال الاستفادة عن والحاشية المحيطة بهم، حيث صارت المناصب وسيلة الإثراء و إشباع الحاجة في التسلط وهذا بسبب غياب الأخلاقيات المهنية التي تعرض عمل على تحقيق المنفعة العامة والالتزام بالوفاء للأمة و الحياد السياسي و غيرها، فمدير القطاع الصحي هو الذي يتصرف في ميزانية التسيير بتحويل المبالغ المخصصة للوقاية التي هي أهم وظائفه، ويشكي بها أجهزة و عتاد ثانوي لا يزيد وجوده فعالية ، وقد توجه لتجهيز السكات الوظيفية وحتى بنائها، و دفع تكاليف الهواتف الخاصة وحتى النقالة و شراء السيارات السياحية على حساب سيارات الإسعاف ، و أجهزة عاطلة بسبب قطع غيار خفيفة هذا ما دفع رؤساء المصالح إلى المطالبة بضرورة توفير الأدوية ، الأجهزة الطبية الضرورية ، لتمكن من القيام بالعلاج إضافة إلى تقديم نفس الصلاحيات التي يتمتع بها أصحاب السلطة الإدارية، مهنية، شخصية، إلا أن الرفض أو التقييد في الحقوق الواجب منحها ينتج عنه مشاكل داخلية متعلقة بنوعية الخدمات المقدمة للمريض ، هذا ما يولد صراعا فيما بينهم²⁶.

1-3-3- النتائج المترتبة عن الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية :

إذا كان الاختلاف الفكري و العملي بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية يولد صراعات و التي ينتج عنها عدة أشكال ومن أبرزها الاضطرابات ، الذي يعتبر أول شكل من أشكال التعبير عن رفض وضعية معينة داخل المؤسسة ، كما يعتبر إحدى ردود الفعل السلبية التي ينجر عنها أضرار خطيرة ، فبالنسبة للمؤسسات الاستشفائية تكون الأضرار التي يسببها هذه الاضطرابات ليست مادية أو معنوية و إنما تتعداه بتعريض حياة المريض للخطر .

ومن بين المستشفيات التي شاهدت صراعا بين السلطة الإدارية والسلطة الطبية، والتي ترتبت عنها عدة مظاهر و نتائج أثرت على استقرار المنظمة وصحة المريض مستشفى اسبغول بسان موريس بباريس حيث طالب رؤساء المصالح من السلطة الإدارية و المتمثلة في مدير المستشفى بتقليص وقت العمل لأعضاء السلك التقني، و خاصة في مصلحة الأساتذة الأطباء بتوفير العدد المناسب من التقنيين المهنيين في جميع المصالح خاصة في مصلحة الأعصاب، لكن عدم استجابة مدير مستشفى إلى مطالب رؤساء المصالح دفع معظم الأطباء إلى التوجه للعمل في المستشفيات ذات تنظيم و تسيير حسن للموارد المادية والبشرية مع تحفيزها الدائم لجميع المستخدمين .

²⁵ - بن عيدة ميلود ، سلطة اتخاذ القرار في تسيير الهيئات الصحية العمومية ، مذكرة لنيل شهادة ما بعد التدرج في إدارة التنظيمات الصحية المدرسة الوطنية لصحة العمومية ، الجزائر، 2001 ، ص 11

²⁶ - حسن عداد ، مرجع سابق ، ص 47

لكن تراجع الخدمات المقدمة من طرف المستشفى ،دفع معظم عمال السلك التقني بقيادة رؤساء المصالح بالتعاقد مع النقابة إلى القيام بإضراب مفتوح إلى غاية توفير مدير المستشفى جميع مطالب رؤساء المصالح و يمثل الإضراب في امتناع كل من مستخدمي السلك التقني و الإداري عن العمل، و بالتالي إيقاف عملية استقبال المرضى ، هذا ما دفعهم إلى التوجه لمستشفيات أخرى بعيدة عن مكان إقامتهم، و الذي يسبب الضغط على تلك المستشفيات ، هذا ما أدى إلى تدخل مدراء المستشفيات الأخرى إلى طلب من مدير المستشفى بالتفاوض مع رؤساء المصالح و النقابة من اجل حل الصراع فيما بينهم . فتم انعقاد اجتماع بين الطرفين ليكون النقاش فعال ، و بالتالي الخروج بنقاط أساسية متمثلة في توظيف أطباء و شبه طبيين جدد لتخفيف الضغط المهني على أعضاء السلك التقني ، و هذا ما ساعد على وضع الوقت الحقيقي والفعلي اليومي والأسبوعي لأعضاء السلك التقني دون المساس بتدهور صحة المريض²⁷ كما أن هناك معوقات تواجه النسق العلاجي وتمنعه من انجاز أهدافه وتحقيقها على النحو الكامل، و من بينها قلة الإمكانيات بالمستشفى، حيث أنها تجعل الطبيب في حالة الصراع الدائم بين كيفية استخدام هذه الإمكانيات الضئيلة لجميع المرضى و بين حاجة كل مريض منهم مما يجعله في النهاية يضطر إلى تحديد أولويات حاجة المرضى لاستخدام هذه الإمكانيات .

فمعظم مستشفيات الوطن العربي تعاني من نقص و تعطيل في الأجهزة و المعدات اللازمة، فهي تبقى معطلة داخل المخازن وأخرى يتم إرسالها إلى الأقسام بالاستلام الإجباري، رغم معارضة رؤساء الأقسام و هذا لنقادي المشاكل التي يواجهها مدير المستشفى أثناء مرور اللجان الخاصة بالتفتيش، كما طالب عدة مرات رؤساء الأقسام بتشغيلها إلا أن المدير كان رده هو الرفض والتعطيل، حتى لا تتأثر عيادات الأطباء القدامى الكبار ، و من تلك الأجهزة المعطلة الليزر والسونار على العين، إضافة إلى عدم وجود بعض الأدوية الهامة لفترة أسابيع بسبب إهمال المدير والصيدلة والتأخر في عمل الطليبات ، مما دفع رؤساء المصالح إلى المطالبة بعمل طليبات جديدة خاصة المتعلقة بدواء اللاسيكس و اللايزوبتن الهامين و الأساسيين في الحالات الحرجة في الاستقبال و العناية ، و دواء الجليرييسين أو السوماتوستاتين في حالات النزيف الدموي .

إلا أن الطلب قوبل بالرفض من طرف مدير المستشفى ، لأنه لا يتوافق مع الميزانية المقدمة لها أين تذهب معظمها لخدمة مصالح أصحاب السلطة رغم تعريض حياة المرضى للموت .

كما أن بعض العمليات الجراحية الصغرى و الكبرى يتم عملها ، مقابل اجر ، و من ليس له مال يتعرض للموت . و هي قوانين يضعها المجلس الإداري و مدير المستشفى رغم مخالفة رؤساء الأقسام والطاقم الطبي لعدم توافر الأجهزة الضرورية والأطباء اللازمين لا يمنح للمرضى التحاليل الطبية في نفس اليوم إلا بعد 24 ساعة و هذا ما يؤثر على حالتهم الصحية ، كما يشككي معظم رؤساء الأقسام من الفوضى

²⁷ - www.humanité.presse.f/journalarticle35.heures.santé.conflit à l'hopital esquirol de saint maurice , jour; 12/01/2007. heure 18 h

التي تعم معظم المصالح ، خاصة مصلحة القلب فأثناء زيارة الأقارب لهذه المصلحة يتسببون في الإزعاج و الضوضاء هذا ما دفعهم إلى الطلب من مدير المستشفى تقليص وقت الزيارات و الحد من الأشخاص الزائرين للعناية المركزة إلى شخصين ، إلا ان هذا الطلب قوبل بالرفض من طرف المدير لوجود أقارب و أصدقاء المرضى ذوي نفوذ و مصلحة مع مدير المستشفى رغم ذلك يقوم رؤساء المصالح معتمدين و يضعون قرارات تخدم مصلحتهم الشخصية، و في بعض الأحيان مصلحة المريض والتي تخالف المصالح الشخصية لمدير المستشفى، هذا ما يولد صراعا داخليا بين الطرفين²⁸

كما شهدت معظم مستشفيات الجزائر هي الأخرى صراعات داخلية و التي كانت نتيجة أوضاع سلبية تنظيمية و إدارية و علاجية داخلية ، برزت آثارها على الوضع السلبي للمريض و المستشفى .

فقد شهد مستشفى بارني بالعاصمة جريمة وفاة 12 رضيعا بسبب تسلل جرثومة إلى المحضنة ، وهو فيروس مصدره إحدى الأمهات التي تحمل العدوى التي انتشرت بالمصلحة و نظرا لعدم التحكم في التطهير و التعقيم من طرف فريق التمريض أدى إلى الوفاة ، فالإهمال الملاحظ و ضعف مستوى التكلف الطبي على مستوى قاعات الولادة التي ما عادت تستجيب للمعايير المعتمدة دوليا و التقصير في مراقبة الحمل على مستوى مراكز الصحة بالإضافة إلى النقص المسجل في التجهيزات و العجز الكبير في الاختصاصيين خصوصا طب النساء و الأطفال ، مما يحول دون مواجهة التعقيدات الطبية حين وقوعها كما أن بعض الأطباء لا يولون أهمية للأمراض التي تعاني منها الأم ، مما يصعب التكلف بها بالإضافة إلى ذلك سجل المختصون أن العديد من الوفيات بالنسبة للحوامل سببها النزيف الدموي ، و الذي يمكن إيقافه بتوفير الفيتامين ك ، كما أشارت وزارة الصحة إلى أن 50 بالمائة من النسوة الحوامل في المناطق الريفية يتوفون داخل سيارات الإسعاف أثناء تحويلهن إلى مستشفيات أخرى ، و قد أدت حالة وفاة الرضع بمستشفى بارني صراعا داخليا بين مدير المستشفى و رئيس المصلحة لتوليد ، أثناء عملية التحقيق التي قامت به لجنة التفيتش عن أسباب وقوع الحادث و قد كان اختلاف في التصريحين ، فمدير المستشفى الذي اعتبر إهمال الطاقم الطبي لشروط النظافة و الوقاية و عدم الرقابة ، بينما رئيس المصلحة يوجه لومه إلى مدير المستشفى لعدم توفير غلظا ماليا لنظافة في إطار مكافحة الأمراض الاستشفائية، وعدم توفير محرقة لإزالة النفايات الاستشفائية ، مما يجعل الجميع عرضة لها.

فالصراع بين الطرفين يسبب في زيادة تدهور الحالة الصحية للمرضى، و لا تعود المسؤولية لأي منهما و يعودون لمزاولة عملهم و كان شيئا لم يحدث²⁹

كما شاهد مستشفى شعابني بالمنطقة هو الآخر صراعا داخليا بين السلك الطبي و مدير المستشفى بسبب الانعدام الشبه التام للمعدات الطبية و بعض الأدوية الأساسية في قسم الاستعجال، و الطب

²⁸ - www.humun.net/humun/2006/eg.09174 ; shtml, jour 25/01/2006 . heur 10h

مقال ، "هموم و شكاوى الوطن و المواطن العربي ، المستشفى العام في حاجة إلى عناية عاجلة " ²⁹ - جريدة " الشروق اليومي " ، الخميس 29 جوان 2006 الموافق ل 03 جمادي الثانية 1427هـ ، العدد 1725 ص 03 "مقال حول الصحة يهتز على وقع فضيحة جديدة وفاة 12 رضيعا على جريمة بمستشفى بارني بالعاصمة "

الداخلي و الجراحة العامة و مصلحة التوليد ، هذه الحقائق التي أكدتها شكاوى رؤساء الأقسام و الأطباء بالمستشفى .

و نظر للنقص الملحوظ في الإمكانيات داخل هذا القطاع ، دفع مدير المستشفى إلى طلب من رؤساء الأقسام بمنع الأطباء من استعمال الأجهزة و الأدوية الطبية إلا في الحالات الحرجة لكن قبول هذا الطلب بالرفض فقد قام طبيب جراح (ب.م) من قسم الجراحة العامة بالقيام بعملية جراحية لإنقاذ حياة المريض رغم معارضة مدير المستشفى ، باعتبار أن هذا الطبيب الجراح يستعمل الوسائل الطبية بكثرة على حساب الأطباء الآخرين ، هذا ما دفع لجنة التفتيش بالتحقيق حول تجاوزات هذا الطبيب الجراح للقوانين الإداري ، وقت إجرائه للعملية لكن أولويات المهنة الطبية هي صحة المريض بالدرجة الأولى ، حيث اتهم مدير المستشفى بتهم الطبيب الجراح عليه ، لكن من خلال تقرير لجنة حول الحادث نقل صورة حية للأوضاع التي تعيشها معظم المستشفيات الجزائرية التي أصبحت تعيش في دوامة الصراع الداخلي حيث أصبحت تدور رحاه بين إدارة اعترفت بان كل شيء على ما يرام ، و اهتمت في نفس الوقت بعدم السماح لموظفي القطاع حتى بالتعليق على حجم النقائص التي تفتقدها جميع المصالح الحساسة بالقطاع، و بين أطباء أخصائيين و رؤساء المصالح طالبوا بضرورة تغيير الأوضاع المتدهورة ، لان لا هم لهم سوى رفع مستوى الخدمات المقدمة للمريض .

لان الطبيب ذو شخصية قوية تحظى بالاحترام وتحقيق الرفاهية لهم مع مساعدة الأفراد، إما بالحصول على لمكانة والمادة و القوة ، هي اعتبارات ثانوية بالنسبة لهم فعدم توفير الإمكانيات والتجهيزات الطبية والبشرية لخلق جو عمل مناسب لأداء مهنة الطب ، هذا ما يولد صراعا بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية وحتى الآخرين من أعضاء السلك الطبي ، لان صحة المريض وحياته هي في خطر³⁰ كما يعتبر مستشفى فرانز فانون بالبلدية إحدى المستشفيات الشهيرة بالجزائر و العالم نظرا لما يؤديه من خدمات صحية ، إلا انه عرف في الآونة الأخيرة تدهورا ملحوظا نتيجة للصراعات التي تشهدها الإدارة والسلك الطبي خاصة أصحاب السلطة الإدارية و رؤساء الأقسام من اجل الحصول على امتيازات مالية أولا ثم سلطوية و مركزية في إصدار الأوامر و القرارات مع ضرورة تنفيذها من طرف مستخدمي السلك التقني والسلك الإداري ، للحفاظ على الهيكل التنظيمي للمستشفى، كما يطالب المدير دائما رؤساء الأقسام ومستخدمي السلك التقني توفير المستوى الصحي الملائم للمريض، و الاعتناء بع رغم عدم توفير الإمكانيات مع تقديم مكافآت و تجهيزات على المجهودات، هذا ما يقابل بالرفض و مخالفة الأوامر مما يؤثر بالسلب على صحة المريض .

فقد تم توسيع مستشفى فرانز فانون ببناء مصالح أخرى ، كمصلحة العيون و الجراحة والقلب والسرطان وتزويدها بالوسائل والأجهزة في حين بقيت مصالح الطب العقلي متأخرة في حالة يرثى لها حيث

³⁰ - www.echoroukoline.com/modulephp?Name , news file , article sid , 1245 date 22/01/2007 .

ينعدم فيها كل شيء إلى درجة أن المريض يدخل في حالة انهيار عصبي أو أزمة نفسية قد تكون عابرة ، و ينتهي به الأمر إلى مريض محكوم عليه بالسجن المؤبد داخل أسوار فرانز فانون هذا ما دفع رؤساء المصالح المطالبة بتوسيع مصالح الأمراض العقلية بسبب اكتظاظ المرضى ، مع منع الإدارة من قبول دخول جميع المرضى إلى مصلحة الأمراض العقلية بسبب اكتظاظ المرضى ، مع منع الإدارة من قبول دخول جميع المرضى إلى المصلحة الأمراض العقلية إلا بعد إجراء كشف كلي لحالة المرضى .

إلا أن تسيير الإدارة وقرارات المتخذة من طرف المدير جعلت من المستشفى فرانز فانون سجنا أو معتقلا يحبس فيه المرضى عقليا أو إقامة جبرية ، فهناك مرضى في كل قواهم العقلية ، إلا أنهم يعيشون في هذا المستشفى الذي أصبح قريبا لأي دار عجز، و نظرا لكثرة الفضائح الذي شهدها مستشفى فرانز فانون و خاصة فيما يتعلق بهذه المصلحة، من سرقة أموال، بيع أدوية وتجارة الأطباء والمرضى بالتبغ والمخدرات للمرضى عقليا، إضافة إلى تقديم الأطباء أخصائيين ورؤساء مصالح ملفات طبية تثبت لفارين و متهمين بجرائم بإصابتهم بمرض عقلي و بالتالي إعفائهم من المتابعة القضائية ، وهذا بمساعدة مدير المستشفى، هذا ما دفع إلى إرسال وزارة الصحة لجنة تحقيق حول الأوضاع المزرية التي يشهدها المستشفى كاختلاس الأموال وانتحار بعض الأشخاص كانوا يعالجون بمصلحة الأمراض العقلية ومدير المستشفى ونوابه عن أسباب الحوادث والأشخاص المتسببين في وقوعها اتهم كل شخص الآخر، مما تسبب في تولد صراع بين السلطة الإدارية والسلطة الطبية بالبحث عن المصلحة الشخصية مع إزالة جميع الشبهات والالتزامات المقدمة إليهم³¹.

فمن خلال الأسئلة التي تم التطرق إليها حول المشاكل الكبيرة و الكثيرة التي يشهدها قطاع الصحة في جميع المستشفيات عبر العالم، من أوروبا إلى الوطن العربي وصولا بالجزائر، والمتسبب حدوثه سوء التسيير الإداري والتقني لجميع مصالحه، إلا أن ضعف التكوين وسوء التسيير وتدهور الأخلاقيات المهنية وشخصية الفرد ومكتسباته الاجتماعية والثقافية يسبب عدة مشاكل بين الطرفين مع عدم التعاون الفعلي الذي يضر بصحة المريض والوقاية الاجتماعية و ينعكس بالسلب على تلك العلاقة و التي تكون في معظم الأحيان علاقة عدم التفاهم المبنية على الصراع بين الطرفين .

1-3-4- إستراتيجية إدارة الصراع بين السلطة الإدارية والسلطة الطبية داخل المستشفى:

- نظرا للصراعات التي تشهدها جميع المنظمات و من بينها التنظيم الاستشفائي ، الذي يعرف هو الآخر صراعا مستمرا و متعاوننا بين جميع أفرادها و من بينه الصراع بين السلطة الإدارية والسلطة الطبية ، هذا ما دفع مجموعة من رجال التنظيم والمختصين في التسيير الإداري، وإدارة الأزمات بإيجاد تقنيات تتحكم في الصراع و تجعله ايجابي يخدم المنظمة أكثر مما يضر بها .

- فمن الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى تطور الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية.

³¹ جريدة الشروق اليومي يوم السبت 26 أوت 2006 الموافق ل 02 شعبان 1427 العدد 1773 " مقال حول مستشفى ، فرانز

قانون للطب العقلي بالبلدية يتحول إلى كوانتانامو . جزائريون معتقلون في أقفاص و يتلقون طعامهم مثل الحيوانات "

- معرفة مؤشرات الصراع السلطوي بين المدير و نوابه و رؤساء المصالح ، و هذا قبل حدوثه لتجنبه و يكون بوضع قرارات صائبة .
- العمل على تحويل الصراعات السلبية إلى صراعات ايجابية.
- اليوم الأول :
- الفهم الجيد لصراعات .
- تشخيص أشكال الصراع و ميكانزماته.
- صراع بين المستخدمين ، صراع تنظيمي ، معرفة نوعيتهم.
- معرفة أنواع مراحل المواجهة التي تحدث بين السلطة الطبية و السلطة الإدارية
- معرفة و تحليل السبب الرئيسي الذي يؤدي إلى بداية الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية.
- تبيان علامات الخطر التي تؤثر على التنظيم الداخلي للمنظمة الاستشفائية و صحة المريض.
- تشخيص تصرفات كل من السلطة الإدارية و السلطة الطبية المتسببة في الصراع
- التعرف على العاب السلطة داخل المنظمة الاستشفائية، خاصة السلطة الطبية من ناحية مكانتها و تأثيرها .
- وصف مشاعر و تصرفات كل من أصحاب السلطة الإدارية و السلطة الطبية اتجاه الصراع .
- التعرف على كيفية التعامل مع هذه الوضعية المعقدة .
- معرفة كيفية التعامل مع مختلف تصرفات السلطة الإدارية و السلطة الطبية المتسببين في إثارة الصراعات سواء كانت صراعات سلبية أو صراعات التعدي .
- معرفة كيفية توجيه مشاعر السلطة الإدارية و السلطة الطبية المتسببة في الصراعات
- اليوم الثاني :
- تسيير الصراعات بطريقة بناءة .
- تحليل وضعية الصراعات المعاشة داخل المنظمات الاستشفائية.
- تسيير الاضطرابات الداخلية للمنظمة الصحية الناتجة عن الصراعات ، و العمل على إعادة خلق جو من الديناميكية و الاستقرار الايجابي داخلها.
- تسيير العداوة بين أصحاب السلطة الإدارية و السلطة الطبية، و تفاقم شعور الكراهية فيما بينهم - وضع جو من الثقة بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية .
- معالجة الصراعات : تبني استراتيجيات فعالة التي تحل أزمة الصراع.
- القيام بمفاوضات ، و وضع وساطة بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية من اجل إدارة الصراع و جعله فعالا يخدم المنظمة الاستشفائية .
- إعادة تصحيح التقنيات و التحكم في الصراع ، و انتقاء الأفضل منها .

- يجب أن يكون هناك اتصال فعال بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية للخروج من الصراعات ، و هذا عن طريق التساؤل و إعادة الصياغة و التحقق من الفهم من اجل التعلم ووضغ النقاط التي يتم عليها الحوار .
- العمل على تفضيل النقد الايجابي الفعال و البناء .
- العمل على إيقاف الصراع بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية.
- تسيير ما بعد الصراع : من خلال الخبرة الذي يتمتع بها أصحاب السلطة الإدارية و السلطة الطبية و المسيرين لصراع ، من أعضاء السلطة الإدارية و السلطة الطبية تساهم في مضاعفة مبادرات هذه المجموعة ، و بالتالي تحسين فعالية الخدمات الصحية³²

³² - www.comudi.fr/formationinter/1718/savoir.gere.Les conflit ; html.jour, 14/04/2007.heur10h Article , ' Management développement personnel formation enter . les fondamentaux management mieux gerer les conflits "

خلاصة:

إن الاختلافات بين الأفراد من حيث الأهداف التنظيمية و الفردية التي يكون اغلبها هو الحصول على مصدر من مصادر السلطة لتحقيق الطموحات والرغبات الشخصية داخل التنظيم، هذا ما أدى إلى اختلاف المسيرين في اعتبار الصراع سلبيا يدمر التنظيم ، و يخل باستقراره وأداء وظيفته ومنهم من يعتبره أساس تضافر الجهود والطاقات الاجتماعية من كفاءة وتنافس وحركية، والتغلب عليه يكون بإدارته وتسييره حسب ما يخدم المصلحة العامة.

ففي الوسط التنظيمي الاستشفائي، ومع الاختلاف التكويني والثقافي والاجتماعي بين مسؤوليه من أصحاب السلطة الإدارية والسلطة الطبية، والذي يسبب الصراع الداخلي وللحث على إدارته لجعله فعال يخدم صحة المريض، هذا من خلال تغيير ظروف العمل إلى الأحسن.

الفصل الثاني : السلطة و التنظيم الإداري للقطاعات الصحية و علاقته بالصراع

- تمهيد

1-2- ممارسة السلطة و آليات التمكين لها

1-1-2- السلطة بدايتها و مكانتها

1-1-2- السلطة و النفوذ

3-1-2- السلطة و القوة

4-1-2- الاتجاهات النظرية حول السلطة

5-1-2- أهداف السلطة

6-1-2- مصادر السلطة

7-1-2- أنواع السلطة

2-2- الإطار العملي لكل من السلطة الإدارية و السلطة الطبية

1-2-2- الإطار القانوني و التنظيمي للمؤسسات الصحية

2-2-2- التنظيم الإداري للقطاعات الصحية

3-2-2- شروط توظيف أصحاب السلطة الإدارية و السلطة الطبية

4-2-2- مهام السلطة الإدارية

5-2-2- مهام السلطة الطبية

6-2-2- علاقات العمل بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية

7-2-2- تصور الطبيب لمكانته داخل المستشفى

8-2-2- مظاهر الصراع السلطوي في القطاع الصحي

3-2- المسؤولية الإدارية و الطبية و تأثيراتها على نوعية الخدمات الصحية المقدمة

1-3-2- خصائص الخدمات الصحية و تصنيفاتها

2-3-2- الطاقم الطبي و الصحي في المؤسسات الصحية

3-3-2- أبعاد و نظم الخدمات الصحية

4-3-2- أسس دراسة و تقييم الخدمات الصحية و إدارة المنظمات الصحية

5-3-2- إدارة المؤسسات الصحية و تقييم خدماتها

- خلاصة الفصل .

تمهيد :

لا يمكن سير أي منظمة دون توفر قيادة محكمة و مؤهلة لتولي المنصب قصد إدارته، فتوفير الوسائل البشرية لمؤهلة للقيام بالأعمال المناسبة وإدارة المنظمات و من بينها المستشفيات هي مسؤولية توفير هؤلاء العمال من الأطباء وممرضين وتقنيين وعمال آخرين من اجل ضمان أداء حسن للخدمات الصحية والعلاجية في إطار تحديد مهام كل من الأعضاء الإداريين والتقنيين، تحت إشراف وتسيير وتحقيق النظام من طرف أصحاب السلطة الإدارية والطبية والعلاقة التي تجمعهم .

2- السلطة و التنظيم الإداري للقطاعات الصحية و علاقة الصراع :

2-1- ممارسة السلطة و آليات التمكين لها :

كل منظمة لها هيكل تنظيمي مدروس حسب طبيعة تنظيمها وخدماتها، ويتربع على قمة هذا الهيكل التنظيمي شخص تتمركز عنده صلاحيات فرض الأوامر والقرارات وتقديم التوصيات وإحداث التغيير وإعطاء البديل للمشكلات .

وبداية سنتطرق إلى إعطاء لمحة عن جذور بروز النظام السلطوي، ثم ذكر باختصار أهم النظريات التي تناولت دراسة السلطة .

2-1-1- السلطة بدايتها ومكانتها:

ترجع بدايات التفكير حول قضايا الحكم و الصراع من اجل السلطة إلى الأعمال الفلسفية الأولى التي دارت محاولاتها الفكرية و القانونية حول مسائل محددة بتسيير و مراقبة الحياة العامة لمجتمعات المدينة أو الدولة، مما يعني أن الإنسان قد اكتشف مبكرا أهمية وجود سلطة تعمل على حل النزاعات و إقرار العدل بين أفرادها، مع حرصها على توزيع المهام و الموارد بعدل وهذا ما جعل جورج بالندييه يستدل على اقدمية السلطة إلى المجتمعات البدائية، لان الحاجة إلى السلطة كانت ولا زالت تعني حفظ المجتمعات من أسباب الفوضى وإقرار النظام .

ويؤكد بالنسبة في كتابة انثريولوجية السياسة على أن السلطة مهما تعددت الأشكال التي تطبع طرف اشتغالها فقد عرفت كل المجتمعات الإنسانية حتى البدائية منها، فهي دوما في خدمة نسق اجتماعي لا يمكنه الحفاظ على نفسه دون تدخل كل من العادات أو القوانين، و من خلال توافق آلي مع القواعد.¹

2-1-2- السلطة و النفوذ :

انطلق علماء الاجتماع والسياسة في الولايات المتحدة الأمريكية عند تحديدهم لمدلول السلطة من مفهوم النفوذ، ولذلك عارض عالم الاجتماع الأمريكي اريك روي كل الذين فهموا السلطة بأنها القوة التي يمارسها البعض أو استخدام العنف لان ذلك حسب قوله يحد من فكرة السلطة ويمنحها تأكيدا خاطئا، فجوهر السلطة ليس أنها قوة أو عنف، ولكنه تأثير اللذين يتمتعون بالسلطة على أحكام وأفعال الآخرين دون اللجوء إلى العنف.²

¹ - روبرت أadal ، التحليل السياسي الحديث ، ترجمة علي ابو زيد و علي الدين الهلالي ، مركز الأهرام للترجمة والنشر ، القاهرة ، ط1 ، 1993 ، ص 10

² - اريك روي ، مقدمة في دراسة السلوك و المؤسسات السياسية " ترجمة عبد الهادي الجوهري ، مكتبة نهضة الشرق ، القاهرة ، الجزء الثاني ، سنة 1985 ، ص 137

غير أن هناك من الباحثين من ابعده عن مفهوم السلطة جانب الإكراه للنفوذ ، و من ضمن هؤلاء العلماء روبرت دال الذي عرف النفوذ بوصفه علاقة بين فاعلين يتمكن بواسطتها احدهم من دفع الآخرين إلى التصرف بطريقة مختلفة ، كما قد يفعلونه دون هذه العلاقة¹ و هذا في حين انه عرف السلطة بأنها حالة خاصة من ممارسة النفوذ ، تنطوي على خسائر قاسية بالنسبة لمن يفرض الامتثال ولا يبتعد هارولد لاسويل عن هذا المعنى حيث يعرف السلطة من خلال النفوذ فيعتبرها حالة خاصة من ممارسة النفوذ، فهي العملية التي تؤثر في سياسة الآخرين، بواسطة التهديد أو الاستخدام العقلي للحرمان القاسي اثر عدم الامتثال للسياسات المقررة .

وفي ضوء هذه التعريفات تصبح السلطة تمثل شكلا محددًا من أشكال النفوذ و هي الأشكال التي تتضمن القهر والإكراه. واستنادا لمفهوم النفوذ عرف دوفرليه السلطة بقوله: السلطة هي هذا الشكل من النفوذ أو القدرة الذي تقيمه معايير ومعتقدات وقيم المجتمع الذي تمارس فيه.²

وبهذا حاول المختصون قياس النفوذ من خلال الدراسة الميدانية والكشف عن أثره على صناعة القرار سواء على المستوى المحلي أو الوطني .

ونحن في بحثنا هذا نحاول كذلك الكشف على نفوذ ومكانة كلا من السلطتين المدير والأطباء، ومدى تأثير ذلك التصور السلطوي، للمركز الداخلي بالمستشفى على اتخاذ القرارات والمصادقة عليها وإمكانية تقبلها والعمل على أساسها .

2-1-3- السلطة والقوة:

السلطة هي ظاهرة اجتماعية فان القوة تتخرط و تتغلغل داخل كافة جوانب المجتمع هذا ما احدث تباين في الاتجاهات عند محاولة تحديد مدلولها ، حيث يعرفها توم بوتومور على أنها: قدرة الفرد أو فئة اجتماعية على انتهاج سبيل في العمل (على اتخاذ و تنفيذ القرارات إذا اقتضت الضرورة ضد مصالح لتحقيقها و المحافظة عليها).³

أما دهرندروف فقد اعتبر القوة خاصية طارئة تكون للأفراد من كونها للبناءات الاجتماعية ، وأنها علاقة اجتماعية واقعية في حين أن السلطة علاقة شرعية ، كما يؤكد على غرار كثير من الباحثين و المفكرين بان اللجوء إلى القهر و العنف يصبح نادرا في المجتمعات التي تكون فيها الأنظمة السياسية شرعية. ولذلك فالسلطة هي القوة المقبولة اجتماعيا ، فهي حق لبعض الأفراد لممارسة القوة وإصدار الأوامر والتعليمات، وواجب من جانب الآخرين الامتثال و الطاعة⁴

1 - روبرت أدال ، مرجع سابق ، ص 49

2 - موريس دوفرليه ، علم اجتماع السياسة ، ترجمة سليم حداد ، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع ، بيروت ، ط 1 ، 1991 ، ص 125

3 - توم بوتومور ، علم الاجتماع السياسي ، ترجمة و مبيض نظمي ، دار الطليعة ، بيروت ، ط 1 ، 1986 ص 7

4 - محمد علي محمد ، أصول الاجتماعي السياسي ، السياسة و المجتمع في العالم الثالث ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ، الجزء الثاني ، بدون سنة ، ص 19

أما معجم علم اجتماع فقد اعتبر ممارسة السلطة هي أشكال القوة التي توجه نحو تحقيق الأهداف العامة و الخاصة التي يصبوا إليها المجتمع و الفرد ، فالسلطة التي تجد قبولا لدى أفراد المجتمع تستغني عن استخدام القوة القهرية إلا نادرا، وهي تتضمن بالأساس شكلا من أشكال القوة وهي القوة الشرعية والنظامية . وفي الختام يلاحظ بان مفهوم النفوذ يسمح لنا بالتعرف على مواقع الذين يستحذون على بعض أشكال القوة (سياسية أو دينية أو عسكرية أو فكرية) ويؤثرون بالتالي على قرارات السلطة . في حين مفهوم القوة يسمح لنا بالتمييز بين الأشكال التعسفية والقهرية لاستعمال القوة في حال غياب الشرعية و اهتزازها وبين الأشكال القائمة على الامتثال للأوامر.¹

2-1-4- الاتجاهات النظرية حول السلطة:

عند استعراض الأعمال الأولى نجد أن التباين الكبيرين كلا المفكرين هو الذي طبع التباين الحديث بين مختلف الاتجاهات النظرية.

ومن أهم تلك النظريات لدينا ما يلي:

2-1-4-1- المفهوم الخلدوني للسلطة:

يحاول عبد الرحمان بن خلدون من خلالها الوقوف على طبيعة أشكالها، أسسها ومصادر شرعيتها في البلدان العربية عموما وفي بلدان المغرب العربي خصوصا حيث يرى ابن خلدون بان هناك ديناميكية اجتماعية تحكمها قوانين محددة ينبغي على عالم الاجتماع اكتشافها وتظهر تلك القوانين في شكلها العام على شكل الصراع، تقوده جماعة اجتماعية تنوى استكمال سيطرتها واستحواذها على السلطة السياسية برمتها، وكذا الحفاظ على الحكم أطول مدة ممكنة فضلا عن تعميم السيطرة على المجتمع بأسره .

1 - أسس التحليل السوسولوجي:

عند استعراض التحليل السوسولوجي الخلدوني لبناء النسق الاجتماعي يلاحظ أن هذا الأخير يستند إلى ثلاث ركائز أساسية تعد بمثابة عمليات اجتماعية تشكل أساس فهم نشأة و تطور هذه التشكيلة بطرق وأنماط تتباين وفق أشكالها وأنواعها، أي بحسب نمط العمران أو نوع الملك أو شكل العصبية.² وهذا ما ينعكس على موضوع بحثنا بدراسة النسق الاستشفائي، بالتركيز على المسؤولين والتعرف على خصائصهم ومميزاتهم الشخصية والعملية، والبحث عن العصبية في أوساطهم التي تساهم في التخفيف من حدة الصراع و النزاع السلبي الذي يجمعهم .

2 - العمران البشري و تشكل المجتمع الإنساني:

رأى ابن خلدون ضرورة دراسة العمران البشري و المجتمع الإنساني ، قصد معرفة قوانينه ، لان تحديد مفهوم العمران يكون مركزا محوريا في تحليله .

¹ - نور الدين زمام ، السلطة و إشكالية التنمية بالبلدان النامية ، أطروحة مقدمة للحصول على درجة دكتوراة دولة في علم الاجتماع بجامعة الجزائر ، السنة الجامعية 2001/2002 ص 174

² - عبد الرحمان بن خلدون ، مقدمة ابن خلدون ، (كتاب العبر و ديوان المبتدأ و الخبر في أيام العرب و العجم و البربر و من عاصروهم من ذوي السلطان الأكبر) ، مؤسسة الطباعة لدار التحرير للطبع و النشر ، القاهرة ، سنة 1966 ، ص 137

فقد كشف من خلاله أيضا تأثير أسلوب العيش على التنظيم الاجتماعي للمجتمع بكل ما يحتويه ذلك من أعراف، عادات، تشريعات وأشكال التضامن الاجتماعي، كما يكون ذلك الاجتماع بين أفراد المجتمع أساسا في تشكيل التنظيم الاجتماعي حسب الحاجة إليه (الحاجة إلى العيش) ثم اتسعت أحوالهم من البحث عن العيش فقط إلى السعي وراء الحاجة من الغنى والرفاهية ، ومن بينها السلطة وتملك المكانة .

3-العصبية وأساس الملك (السلطة):

تعتبر العصبية ضرورية لقيادة المجتمع ، فلا يمكن لأي قائد في ذلك الوقت أن يكون على منصب الحكم و تنصيب نفسه رئيسا عليها جميعها إذا لم تكن له قوة اجتماعية يستند عليها ، أي أن يكون له عصبية قائمة على أساس النسب، حيث لا يمكن الحصول على الرئاسة إلا من خلال القوة ، كما لا تنتهي حدود للعصبية واستجماع القوة الاجتماعية في حدود الحصول على السلطة وإنما تكون في مدى أهمية ممارسة القوة و سن التشريعات و إخضاع المحكومين للقوانين فإذا بلغ صاحب العصبية تلك الرتبة يسعى نحو التوسع للسيطرة على التجمعات الأخرى ولو بالقوة .

ولما كانت العصبية هي أساس عملية التحضر (التمدن) و الاستحواذ على السلطة ، كان ضعفها سببا لذهاب السلطة، و يرجع سبب ذلك حسب ابن خلدون إلى تحول اهتمام أصحاب السلطة بالاستهلاك . هذا ما يضعف قدرتهم واستعدادهم القتالي و يقلل من درجة الترابط الاجتماعي، و ينجم عن ذلك شيوع المذلة والانقياد فيتطرف سلوك الإنسان فيفقد أخلاقيات مهنية.¹

فالتنافس المستمر والدائم نحو الحصول على أكبر امتيازات داخل مختلف المنظمات و نسيان الأولويات المهنية يفقد صاحبها أخلاقيات التعامل مع روح الفريق، وهذا ما هو حاصل في معظم المنظمات الحساسة المستشفيات ، المصانع العمومية، الجماعات المحلية ... الخ

2-4-1-2- مفهوم ماكس فيبر للسلطة:

لقد ركز ماكس فيبر في تحديده لمفهوم السلطة على التحليل السياسي النظامي المتمركز على القوة و بسط النفوذ و الحكم . أما المسؤول سواء في المنظمة الصناعية أو الخدماتية فيتهم بالموارد النادرة أو إنتاج و توزيع السلع و تقديم الخدمات ، فهو يهتم بمشكلات الندرة في حين أن عالم السياسة سوف يتعامل أساسا مع المشاكل المرتبطة بعلاقات القوة أو الحكم و السلطة.²

حيث استعان ماكس فيبر بالتحليل البنوي الوظيفي لدراسة السلطة و طرح تصرفاته لها :

1 - الدراسة البنوية و دراسة السلطة :

يستعين هذا الاتجاه بالدراسات البنوية لمفهوم النسق لتأكيد تصوره نحو السلطة ، حيث يضم عدة أنواع من السلوك مرتبة في جملة نسقية³ و بفضل هذا النسق الاجتماعي يحدث توازن بين مختلف

¹ - عبد الرحمان بن خلدون ، نفس المرجع ، ص 111

² - روبرت أدال ، مرجع سابق ، ص 13

³ - جان بيركوت ، عناصر من اجل علم اجتماع سياسي ، ترجمة أنطوان (دراسات اجتماعية 14) منشورات وزارة الثقافة ، دمشق ، 1994 ، ص 261

الجماعات المتنافسة مما يساعد على استمرار التنافس السلمي ويفتح المجال للارتقاء والحراك الاجتماعي، و هذا ما أكده بارسونز حينما جعل النسق مصدرا للقوة المرتبطة بالصراع على السلطة لتحقيق أهداف تنظيمية مشروعة .

2 - الرؤية التعددية للسلطة :

تبنى ماكس فيبير هذا الاتجاه عند تناوله لمفهوم القوة ، حيث يرى بان مختلف التنظيمات الاجتماعية مثل الشرائح الاجتماعية و جماعات المصالح ما هي إلا ظواهر لتوزيع السلطة و ذلك بان القوة و النفوذ يتوزع بين أفراد الجماعة مثل توزيع الدخل أو الثروة أو متوسط عمر الإنسان ... الخ)¹.

وتقوم هذه النظرية عند تحليلها للقوة السياسية على عدة أسس يمكن إجمالها في النقاط التالية :

- أن القوة موزعة ومنتشرة بين جماعات متنوعة، و لا يوجد منها من يملك قوة مطلقة غير محدودة لأنها تتنافس دائما و باستمرار للاستحواذ على اكبر قدر منها (القوة)

- تقوم الدولة بتنظيم قواعد اللعبة لكي لا يؤدي أي شيء إلى التوتر والاضطراب من دون أن يعني ذلك الضغط لان عدم وجود قوى الضغط يدل على حيوية الديمقراطية الحديثة.

- تقوم بعض التنظيمات بتمثيل الأفراد و إضفاء الطابع التنظيمي و الرسمي للتنافس على القوة، كما أنها تعد المجال الأكثر ملائمة لممارسة القوة لاكتساب المكانة السلطوية و الحصول على الموارد النادرة .²

فالتنظيم الاستشفائي هو كغيره من التنظيمات يسعى إلى تحقيق الأفضل بتقديم أحسن الخدمات الصحية و العلاجية ، و بما أن السلطة تتمركز بين مسؤولين إداريين و طبيين و بحكم شخصية كل واحد منهم ، فمنهم من يسعى إلى التنافس و التسارع نحو الحصول على المركز و المكانة و هبة المنصب لتحقيق اكبر مصالح شخصية على حساب مصالح العامة و هذا ما قد يولد اختلال التوازن التنظيمي ، و بالتالي حدوث اضطرابات استشفائية داخلية .

3 - التحليل الوظيفي للسلطة :

في الوقت الذي تؤكد فيه الرؤية التعددية على عدم جمود سناء السلطة على توزيع القوة بشكل يمنع الاحتكار والاستبداد و يحقق الإجماع والتكامل فان التحليل الوظيفي قد انشغل أساسا بوظيفة السلطة داخل المجتمع بدل اهتمامه بمحاولة تعريفها فهو يحاول تناول وظيفتها قصد الحكم عليها و تأكيد مدى أهميتها في ممارسة القوة و فرض الطاعة على المحكومين مع الكشف عن مشروعية السلطة و مدى تقبل الأفراد لها فحسب غابرييل الموند الذي يعتبر من أهم ممثلي هذا الاتجاه بان النظام السلطوي له بنية ثقافية و تتلخص فيما يلي :

- تتكون البنية السلطوية من مجموع الفعاليات و المؤسسات و كذا المظاهر السلطوي للبنية الاجتماعية المختلفة .

¹ - روبرت أدال ، نفس المرجع، ص 33

² - محمد علي محمد ، مرجع سابق ، ص 31

- الثقافة السلطوية تتألف من مواقف و اتجاهات الأفراد حيال الحكم و هي تتكون من بعد معرفي يشمل جملة المعارف المختلفة للأفراد و الجماعات حول المركز و القوة ، و البعد العاطفي الذي يساهم في تعبئة نفسية الأفراد و الجماعات للالتفاف حول فكرة التربع على تلك السلطة الذي يسمح بإصدار أحكام و قوانين مختلفة .

هذا من حيث البنية ، أما من حيث الوظيفة فقد لخص دافيد إيستون الذي تعد أعماله حول وظيفة النظام السلطوي في أربع مسائل و هي : التعبير عن الطلبات ، خفض الطلبات أو تجميعها ، دعومات النظام السلطوي و يلاحظ أن مقدار الدعم الذي يتطلبه النظام هو دالة في مقدار العبء الزائد الذي يتوقف عليه ، كما لا يمكن الوصول إلى السلطة إلا من خلال الأسس التالية :

- إن السلطة في متناول من يملك المهارات الفردية ، و أيضا في آخر الأمر موزعة بشكل تناسبي ، بحيث تكفل لكل فرد أو جماعة الحق في ممارسة القوة لتعبير عن الطلبات أو تحقيقها وفق المكانة التي تشغلها في قواعد السلطة.

- ووظيفة السلطة هي العمل عي صياغة القرار السليم الذي يعتمد على المعطيات الموضوعية الدقيقة سواء في المجال الاقتصادي أو السياسي أو الاستشفائي.¹

فالمسؤولية الاستشفائية من ناحية المصادقة على القرارات النهائية و الفصل في القضايا العملية يكون بين أيدي ذات خبرة ميدانية ، تظهر من خلال التكوين الإداري الصحي و الاقدمية الميدانية للأطباء الأساتذة هذا ما يخول لهم إمكانية القيام بوظائف الإشراف و المتابعة المستمرة و المراقبة الدائمة في حدود ضوابط و قوانين مشرعة و الخروج عليها يؤدي إلى إهمال أداء العمل بالفاعلية المطلوبة .

2-1-5- أهداف السلطة :

إن غاية تقسيم الهيكل التنظيمي في أي منظمة هو الوصول إلى تحقيق أهدافها التي تتحدد بمدى تطبيق المهام المكلفة لصاحب السلطة والتي تمنح له صلاحية الإشراف الإداري² فيسعى من خلاله إلى تحقيق أهداف خاصة بالمنظمة و أهداف شخصية .

أ - أهداف خاصة بالمنظمة :

- تزويد العاملين بكافة المعلومات الضرورية لكي يحسنوا أدائهم لأعمالهم ، أي تمكين أصحاب السلطة من التعرف على مطالب و حاجات العاملين و شكاياتهم ، و في الوقت نفسه توصيل توجيهات و أوامر أصحاب السلطة و الذي يكون بالاتصال الفعال داخل المؤسسة³

و الذي يحقق أهداف و فوائد بالنسبة لأصحاب السلطة و هي كالاتي :

- التعرف على الحقائق و المعلومات و البيانات الصحيحة

¹ - نور الدين زمام ، مرجع سابق ، ص193

² - جازية عنتر ، مرجع سابق ، ص 288

³ - خيرى خليل الحميلي ، الاتصال ووسائل في المجتمع الحديث ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ، بدون سنة ،

- التعرف على حقيقة ما يحدث داخل المؤسسة بصورة صادقة
 - تمكين صاحب السلطة من التوجيه والإشراف والتأثير على العاملين
 - تحقيق التنسيق الكامل بين أنشطة الإدارات المختلفة داخل المؤسسة
 - يقوم صاحب السلطة بتزويد العاملين بقيم ايجابية في العمل (الإجابة في العمل، التفوق، الدقة، الالتزام، العدالة، المساواة... الخ) التي تساهم في تشجيعهم على طاعة الأوامر وإظهار المشاركة الإيجابية في مجال العمل

- العمل على تنمية روح التعاون بين العاملين ، مع رفع كفاءتهم و معارفهم ، بالتدريب و الدراسة وهذا بتشجيعهم على تنفيذ الأوامر الصادرة لهم مما يعيق تنفيذ الأهداف
 - و بهذا تبقى العملية الإدارية من أصعب الفنون الإشرافية التي تحتاج إلى استخدام مبادئ العلاقات الإنسانية والتي تثبت صحتها أثناء العملية الإنتاجية داخل المؤسسة إلا أن وضع السلطة يبقى مركز اهتمام صاحبها وهذا على مركزه ، وبالتالي حرته و سيطرته ليستطيع في النهاية أن يحقق مصالحه.¹

ب - الأهداف الشخصية :

إن السلطة ليس لها علاقة بالمركز الوظيفي الذي يحتله المدير ، و إنما تعود بصورة أساسية إلى العلاقة الإنسانية الطيبة التي تجمعها بالعاملين ، من خلال قدرته على التأثير و الإقناع و فرض روح التعاون بينهم مما يشجعهم على العمل و تحقيق الأهداف ، كل هذا يزيد من رضاهم بأسلوب المدير القيادي الذي يساهم في رفع مكانته و المحافظة عليها.²

- إن رضى العاملين على الأسلوب القيادي لصاحب السلطة سمح من إثارة عمليات تبادل المصالح و الامتيازات ، بحيث يستخدم كل طرف عناصر قوته لتحقيق استراتيجية و تحويل التنظيم أو جزء منه أو بعض الفاعلين إلى خدمة أهدافه.³

- إن شغل المراكز الإدارية يسمح من زيادة كفاءة مرؤوسها ، و هذا برفع قدراتهم و مهاراتهم حسب متطلبات الوظيفة من خلال كشف جوانب الضعف و القصور في التنظيم ، الذي يدفع صاحبها إلى القيام ببرامج تكوينية مع التنبؤ بالنمو المستقبلي خاصة عندما يتم المقارنة بالمتاح حالياً ، و هذا حفاظاً على مكانة صاحب السلطة المنظمة.⁴

- إن تمتع صاحب السلطة بالخبرة تسمح بإعطائه نفوذاً على العاملين و هذا بإعطائه توجيهات تتبع نتيجة إيمانهم بأهمية خبرة صاحب السلطة و حاجاتهم له.⁵

¹ - Crosier (M) , le phénomène bureaucratique ,ed du seuil , paris , année 1963 pages 31

² - جازية عنتر ، نفس المرجع ، صفحة 291

³ - Crosier (M) , l'acteur et le système ed de seuil , paris année 1977

⁴ - عبد الغفار حنفي ، السلوك التنظيمي وإدارة الموارد البشرية ، كلية التجارة الأزاريطة الإسكندرية ، القاهرة ، 2002 ، ص206

⁵ - مهدي زويلف و علي العضائيلة ، إدارة المنظمة ، نظريات و سلوك ، دار مجدلاوي لنشر و التوزيع ، الاردن - الطبعة 1 - سنة 1996 ص 174

2-1-6- مصادر السلطة :

- هي العناصر التنظيمية ، يستعملها صاحب السلطة كمنطق لتعزيز أو زيادة تأثيره و هي كالاتي :
- أ - **وضعية الفرد داخل التنظيم** : إن مصدر السلطة في هذه الحالة هو حكم وظيفته ، فمركزه في التسلسل الإداري أو وضعية داخل التنظيم تمكنه من التأثير على الغير و تعطي امتيازات لمن يمتلكها كالسلطة المتعلقة بإصدار الأوامر إلى المساعدين أو اتخاذ بعض القرارات الهامة .
- ب - **الرقابة على موارد التنظيم** : إن اكتساب الموارد التي يتطلبها التنظيم و إمكانية توزيعها يعد أيضا مصدرا لسلطة ، و قد تكون في شكل معلومات أو مادة خام كالذكاء ، أو إتقان عمل أو غيرها ، فتجعل مالكةا في مركز قوة مؤثرة تزيد بازدياد كثرة الطلب على هاته الموارد .
- ج - **الخصائص الشخصية** : الخصائص الشخصية قد تكون مصدرا للسلطة ، كأن يعتمد من يمارسها على ذكائه أو قدرته على تحليل أو اتخاذ القرار ، أو قوته أو نزاهته أو ثقته بنفسه في خصائص يمكن توظيفها على حسب أهداف التنظيم و الظروف الحالية
- د - **الاستغلال أو انتقاص الفرص**: التواجد في المكان المناسب و في الوقت المناسب ليس بالأمر الهين و بهذا يبقى الباب مفتوحا لممارسة السلطة لأشخاص يفتقدون للكفاءات المطلوبة و التكوين الكافي الذي يكفل الممارسة الأمثل لسلطة.¹

2-1-7- أنواع السلطة :

- لقد اختلفت النظرة إلى السلطة حيث قسمت إلى عدة أشكال :
- أنواع السلطة تبعا لسمات الشخصية و العوامل الايكولوجية :
- أ - **السلطة الكاريزمية أو الموهبية**: و هي تعتمد على الصفات و المميزات و القدرات والخصائص و الجاذبية التي تتمتع بها شخصية صاحب السلطة، ومن أمثلة هذا النموذج لسلطة : سلطة الأنبياء و القادة الروحيين وأبطال الحروب
- ب - **السلطة التقليدية** : و هي تركز على السن و المكانة التقليدية التي يحملها صاحب السلطة و يقبلها التابعين ، و تظهر هذه السلطة لدى المجتمعات البدائية
- ج - **السلطة القانونية (الرشيدة)**: و هي السلطة القائمة على مجموعة من القواعد و المعايير التي قننت بالقبول الاجتماعي و إقرار التابعين بشرعيتها و تركز السلطة القانونية في المكتب لمن يشغله .
- أنواع السلطة تبعا للموقف و طبيعة العمل .
- أ - **سلطة الموقف**: أحيانا يتيح للموقف الفرصة بان يوضع الفرد في موقف السلطة ، فمثلا إذا وجد احد العمال أمرا خطيرا قد يضرهم أو يضر زملائهم أو يضر المنظمة التي يعمل فيها، كمشاهدته دخانا يتصاعد من احد المخازن المغلقة على اثر حريق قد نشب به فان ذلك يعطيه سلطة التصرف في كسر جميع الأبواب و النوافذ لمحاولة السيطرة على الحريق ، و هو الذي لا يعتبر من سلطاته في غير هذا الموقف .

¹ - Mike brule : Style de pouvoire , edition paris .Page 34

ب - سلطة الوظيفة : يرتكز هذا النمط من السلطة على حقيقة مؤداها أن لكل وظيفة مقدار معين من المهام المطلوب انجازها ، لذلك لابد من إعطاء شاغل هذه الوظيفة مقدار و نوع من السلطة تمكنه من انجاز ما يكلف به من مهام ، و على ذلك فان السلطة لا تعطى للفرد لمجرد انه يشغل وظيفة معينة ، بل لان هناك مهام وواجبات يقوم بها . فمقدار السلطة يتغير بتغير مقدار المهام المطلوبة في الوظيفة .

ج - سلطة المعلومات : قد تعطى السلطة للفرد لأنه يملك قسطا كبيرا من المعلومات في تخصص معين و بهذا المفهوم لا يتوقف مقدار سلطة الفرد على طبيعة و كمية المهام الخاصة بالوظيفة التي يشغلها أو على المستوى الإداري الذي تقع فيه ، بل أيضا على كمية ونوعية معلوماته، ذلك لان السلطة في هذا النمط تتناسب تناسبا طرديا مع مقدار معلوماته .

ويظهر هذا النوع من السلطة في المنظمات التي يتوقف نجاحها في تحقيق أهدافها على درجة التقدم العلمي فيها، حيث لا تكون السلطة فيها مع أفراد الإدارة العليا إذ كانوا من غير العلماء بقدر ما هي مع العلماء المتخصصين الذين يشغلون مستوى إداري اقل، و قد يؤدي ذلك إلى ظهور بعض المشكلات بين هؤلاء المديرين و أولئك المتخصصين.

د - سلطة الأمر والتوجيه والرقابة: وهي السلطة الأساسية في التنظيم، حيث تتضمن اصدا المديريين و المشرفين الأوامر واتخاذ القرارات والإجراءات، وأمر مرؤوسهم بالعمل وتوجيههم وهذا هو الشكل العادي من السلطة .

كما يمكن تقسيمها كذلك إلى: السلطة التنفيذية، السلطة الاستشارية، السلطة الوظيفية، سلطة اللجان .

أ - السلطة التنفيذية: هي أهم نوع من أنواع السلطة في المنظمة فهي السلطة النهائية لأمر الآخرين واتخاذ و تنفيذ القرارات التي لها تأثير مباشر أو غير مباشر عليهم ، كذلك هي سلطة الموافقة على جميع الأنشطة التي تمارس داخل المنظمة ، فهي سلطة توجيه الآخرين ومطالبتهم بتنفيذ الخطط و السياسات والإجراءات والتعليمات، وبمعنى آخر تعتبر السلطة التنفيذية أساس العلاقة بين الإدارة والأفراد .

ب - السلطة الاستشارية: تظهر الحاجة إلى السلطة الاستشارية خاصة في المنظمات الكبيرة ، حيث لا يستطيع صاحب السلطة التنفيذية القيام بمفرده بجميع الوظائف الإدارية بالكفاءة المطلوبة، فكلما كبر حجم المنظمة واتسع نشاطها كلما أصبح المدير التنفيذي غير قادر على دراسة وتحليل جميع المشاكل بالدقة الكافية وذلك لقلة معلوماته في تخصصات معينة في المجالات المختلفة لمساعدته في القيام بها .

ج - السلطة الوظيفية : هي أسلوب من أساليب تشغيل الأفراد و توزيعهم على المجالات المختلفة بالمنظمة كل حسب تخصصه وقدراته و خبراته، وهي تختلف عن السلطة الاستشارية في أنها تعطي لصاحبها الحق في إصدار الأمر، كما تختلف عن السلطة التنفيذية في أن صاحبها لا يستعمل هذا الحق في عمومه و لكن يستعمله في مجالات معينة .

د - سلطة اللجان : يمكن تقسيم اللجان إلى نوعين :

- نوع مؤقت لبحث موضوع معين أو مشكلة بعينها ثم يصدر توصيته بشأنها ، و هذا النوع ليس له أي سلطة في إصدار الأمر .

- أما النوع الثاني فهي اللجان التي لها صفة الدوام و عادة لها السلطة التنفيذية بفعل هذه اللجان ، ففي الواقع هو امتداد لعمل المدير العام ، مقدار و نوع ما تمتع به من السلطات ، فإذا كانت سلطتها اتخاذ القرارات فهي تنفيذية و إذا كان رأيها للاسترشاد في اتخاذ القرارات فهي استشارية .¹

2-2- الإطّار العملي لكل من السلطة الإدارية و السلطة الطبية :

2-2-1- الإطّار القانوني والتنظيمي للمؤسسات الصحية :

2-2-1-1- تعريف القطاع الصحي: يعتبر مؤسسة صحية عمومية ذات طابع إداري تدعى

القطاع الصحي وتتكون من مجموع هياكل الوقاية، التشخيص العلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الصحي الموجودة داخل إقليم نفس الدائرة المتكونة في المستشفيات والعيادات متعددة الخدمات والمراكز الصحية قاعات الفحص والعلاج ، مراكز الأمومة، مراكز المراقبة في حدود كل منشأة صحية عمومية تحت وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

ولأجل تكييف الوسائل مع الاحتياجات الصحية يمكن إنشاء أكثر من قطاع صحي في الدائرة الواحدة لتلبية الأغراض العلاجية لسكانها.²

2-2-1-2- مهام القطاع الصحي : تتمثل مهام القطاع الصحي فيما يلي :

- التكفل التام والمتكامل والتدرج السلمي بالقضايا الخاصة بالسكان عن طريق :
- تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والجهوية .
- التعرف على احتياجات السكان.
- تقويم أعمال الصحة.
- إعداد برامج الأعمال المختلفة، وتنفيذه في القطاع مع منح الأولوية للأعمال الوقاية و الإسعافات الصحية الأساسية .

- القيام بتوزيع الإسعافات و برمجتها عن طريق :

- الاستعمال الأمثل للوسائل البشرية والمادية وتوزيعها توزيعاً عادلاً.
- توفير الظروف الضرورية لتحقيق المساواة بين السكان في العلاج بالهياكل الصحية.
- تنظيم مصلحة دائمة للإسعافات العاجلة.
- جمع المعلومات و إعداد الإحصائيات الصحية.

¹ - إبراهيم عبد الهادي محمد المليحي، الإدارة مفاهيمها وأنواعها و عملياتها ، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة ، الإسكندرية ، مصر، 2000 ، ص 148-156

² - طاهري حسين ، الخطأ الطبي ، و الخطأ العلاجي في المستشفيات العامة ، (دراسة مقارنة) الجزائر ، فرنسا ، دار هومة ، بوزريعة، الجزائر، 2002 ، ص11

- أن يكون دعامة لتدريب العملية، ويساهم في إعداد تدريب جميع موظفي مصالح الصحة و تحسين مستواهم باستمرار.

- الإسهام في تنسيق أعمال جميع الهياكل الصحية داخل المستشفى الواحد، ومراقبتها في إطار النصوص التشريعية و التنظيمية المعمول بها قانونيا.¹

2-2-1-3- السياسة العملي للمؤسسات الصحية :

المؤسسة الصحية في رسمها لسياستها و تحديدها لأهدافها و برامجها ، تخضع لتوصيات مجلس الإدارة الذي يتكون من أعضاء يمثلون كافة القطاعات المرتبطة مصلحيا بقطاع الصحة، فضلا عن ممثلي الجماعات المحلية والوصاية هناك أعضاء يمثلون الهيئات الممولة للخدمة الصحية وأعضاء يمثلون مستخدمي الصحة وأعضاء آخرين يمثلون جمعيات المنتفعين.

- أما عملية التسيير الإدارية فتدخل في إطار الصلاحيات المخولة لمدير المؤسسة الصحية الذي يتم تعيينه بقرار من الوزير المكلف بالصحة، ويساعده في تأدية لمهامه مديرون مساعدون يتم تعيينهم بقرار من الوزير المكلف بالصحة و باقتراح من مدير المؤسسة.²

- أما المخطط التنظيمي للمؤسسة الصحية ، فيتم تحديده بقرار مشترك ما بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية والسلطة المكلفة بالتوظيف العمومي.³

وأخيرا هناك هيئة استشارية مكلفة بإصدار آراء تقنية وهي المجلس الطبي، المتكون من مختلف المستخدمين الطبيين منهم و شبه الطبيين .

وبهذا استطعنا أن نعطي للقطاع الصحي طابعا قانونيا منفصلا عن باقي أجهزة الدولة الإدارية الأخرى فهو يتمتع بالشخصية المعنوية العامة والاستقلال المالي والإداري، مع ارتباطه بالسلطات الإدارية المركزية المختصة بعلاقة التبعية و الرقابة والوصاية، أما الصورة الثانية فهي من أنواع اللامركزية الإدارية والمعرفية المصلحية.⁴

2-2-2- التنظيم الإداري للقطاعات الصحية :

يدير القطاع الصحي مجلس إدارة و يسيره مدير ، و يزود بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي.⁵ وسنحاول دراسة كل منها على حدى :

أ - المجلس الإداري : نصت القوانين التشريعية و التنظيمية على وجود في كل قطاع صحي مجلسا إداريا يقوم بإدارته بصفة مستمرة ويتكون من الأعضاء التالية :

¹ - طاهري حسين ، مرجع سابق ، ص 13

² - القرار الوزاري المشترك رقم 564 المؤرخ في 6 سبتمبر 1998 المتضمن تصنيف المناصب العليا للمراكز

الاستشفائية الجامعية القطاعات الصحية و المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بالجزائر

³ - المرسوم رقم 91-108 المؤرخ في 27 افريل 1991 المتضمن القانون الأساسي الخاص بسلك مديري الإدارة الصحية بالجزائر

⁴ - عمار عوابدي ، القانون الإداري ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، الجزء الأول ، بدون سنة ، ص 307

⁵ - المادة ، 9 من المرسوم التنفيذي رقم 97-466 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق ل 2 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها بالجزائر

- مدير القطاع الصحي رئيسا للمجلس.
- عضو من المجلس الشعبي الولائي يعينه مدير القطاع.
- رئيس المجلس الطبي ونائبه .
- الأمين العام للفرع النقابي.
- رئيس وحدة ، رئيس مصلحة، رئيس عيادة يعينون من طرف مدير القطاع الصحي
- طبيين و جراح أسنان و صيدلي يمارسون أعمالهم في هياكل الصحة القاعدية وأعضاء في المجلس الطبي .
- ممثل عن الموظفين، شبه الطبيين، يعينه الفرع النقابي لمدة سنتين قابل للتجديد.
- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي.¹
- صلاحياته: يطلع المجلس الإداري من جميع أعمال القطاع الصحي في إطار الصلاحيات الممنوحة له والمنصوص عليها في القوانين التشريعية والتنظيمية ويقوم بما يلي:
 - إعداد البرامج المتخصصة بميدان الديمقراطية و التربية الصحية .
 - إعداد البرامج السنوية لصيانة البنايات و التجهيزات واستمرار صلاحياتها للاستعمال.
 - التدابير الخاصة بتحسين أعمال الصحة و البحث المطبق وتطويرها.
 - إعداد النظام الداخلي.
 - إعداد جداول توزيع موظفي القطاع الصحي في حدود الأعداد القانونية .
 - مشروع الميزانية.
 - مشاريع الاستثمارات في الميادين التي يحددها التنظيم .
 - إعداد الصفقات و ملحقاتها .
 - إعداد الحساب الإداري و حساب التسيير.
 - قبول الهبات والوصايا بدون تتبعات أو شروط وتخصصات عقارية أو رفضها.
 - تسوية المنازعات.
 - إعداد التقرير السنوي عن النشاط ، يقدمه و يعده مدير القطاع الصحي.
- أما وظائف المجلس الإداري فتتمثل في ممارسته لأعماله بطريقة دائمة من أجل المشاكل التي تتعلق بتنظيم القطاع الصحي .

وتتمثل وظائف المجلس الإداري فيما يلي :

- الاجتماعيات : يجتمع أعضاء هذا المجلس وجوبا في الظروف العادية مرتين في كل شهر، ويمكن أن يجتمع في جلسات غير عادية بناء على دعوة من الرئيس كلما رأى ذلك ضروريا، واستدعى الأمر بذلك من أجل فائدة الصالح العام للقطاع الصحي، ولا تصح مداوات المجلس الإداري إلا بحضور أغلبية

¹ - المادة 10، المرسوم السابق

أعضائه و في كل حالة إذا لم يكتمل النصاب يدعى المجلس إلى اجتماع جديد خلال خمسة عشرة يوما التالية ، و يجوز حينئذ لأعضائه الحاضرين بالمداولات.

- الانتخابات : القرارات التي يخرج بها المجلس الإداري ، تؤخذ بأغلبية أصوات الحاضرين في الجلسة و في حالة تساوي الأصوات ، فان رأى المدير يأخذ باعتباره رئيس الجلسة.

المجلس الإداري هو عضو يعمل على تسيير الشؤون العمومية، و لهذا يطلب من أعضائه عدم التغيب عن الجلسات المقررة ، لأنه كلما كان العدد كبير كانت القرارات الأصلح أكثر، والقرارات المتخذة من طرف أقلية أعضائه تعتبر ملغاة.

- المحاضرات: مداولات المجلس الإداري، تحرر وتكتب في محاضر ونسجل على سجلات تمشى من طرف المدير، ثم ترسل هذه المحاضر إلى الوالي للمصادقة عليها، وتعد هذه المداولات مصادق عليها في إطار الأحكام القانونية و التنظيمية الجاري العمل بها ، إذا لم يعارضها الوالي خلال فترة 30 يوم من تاريخ إرسالها إليه .

أما دور المجلس الإداري فيتمثل في تقريره لسياسة القطاع الصحي ، هذه السياسة تخص كل النشاطات المختلفة، وكل مظاهر التنظيم وعمل المؤسسة في إطار الأشغال، كالانجازات التجهيزات . استقبال المرضى و تحسين التقنيات الطبية، و تكوين العمال، تحسين ظروف العمل والتموينات ... الخ .

إن مجلس المديرية يسطر الأعمال والجهود الخاصة بهذا الجانب أو ذلك، والخاص بعمل القطاع الصحي والأعمال الأكثر أهمية التي يقوم بها مجلس المديرية، هي التي لها علاقة بمخطط الهياكل القاعدية والتجهيزات، التي تسمح بعمل جديد للمصالح المكونة للقطاع الصحي.¹

ويتضح ذلك من خلال مايلي :

مخطط الهياكل القاعدية والتجهيزات: وهو ضمان تنمية متواصلة لهياكلنا الصحية، فانه يجب أن نتكفل بالمشاكل التي يشتمل منها المواطنون، وعند هذا المخطط يخص بالدرجة الأولى إنشاء الهياكل و تحويل المصالح، والتعرف على الحاجيات الضرورية : كالأسرة اللازمة والمصالح الطبية، والتقنيات الضرورية، وكل قطاع صحي يقوم مديره بإعداد مخطط يتعلق ببرنامج السنوي الخاص بأشغال الانجازات والتطوير والتجهيزات .

ودور مجلس المديرية يظهر بالدرجة الأولى في تسجيلها للاحتياجات الضرورية ثم تليتها حسب أولوياتها لان ميزانية القطاعات الصحية الجزائرية المقدمة من طرف الوزارة الصحية العمومية اكبر جزء منها يخصص لنفقات المواطنين أما الباقي منها خصص لنشاطات الأشغال المختلفة للقطاع .

¹ - احمد اويحي ، قانون الصحة ، وزارة العدل ، حرر بالجزائر في 9 ديسمبر 2003

أما فيما يخص تسيير الموظفين : فيقوم المجلس الإداري بمراجعة عدد الموظفين و إعادة المهن و حسب المصالح التي تتم حسب معايير محددة ، كان يتم توزيع العمال حسب عدد الأسرة أو عدد المرضى في كل مصلحة.¹

ب - المجلس الطبي : إذا كان وجود المجلس الإداري أمر وجوبي لكل قطاع صحي فان المجلس الطبي لا يقل على هذا الأخير لذا كان وجوبا من وجود مجلس طبي ، الذي يتألف من الأعضاء التالية :

- مدير القطاع الصحي .

- الأطباء القائمون بمهام رؤساء المصالح .

- (2) طبيين ، و جراح أسنان و صيدلي يعينهم زملائهم العاملون في وحدات الصحية العلاجية .

- تقنيين يمثلان الموظفين شبه الطبيين ، يعينهما القسم النقابي لمدة سنتين قابلين لتجديد .

- ممثلين عن الأطباء المقيمين في القطاعات الصحية الذين يتابعون تكويننا اختصاصيا

- ممثل عن الاتحاد الولائي .

ينتخب لمجلس الطبي من أعضائه التابعين للسلك الطبي ، لمدة سنتين .²

- أما صلاحياته فتتمثل في إعطاء الآراء و الاقتراحات والتوصيات إلى المجلس الإداري في جميع

الأوجه الطبية، التي ترتبط بتنظيم القطاع الصحي وعمله وهذا من خلال:

- تنسيق مجموع الوسائل الصحية التابعة للقطاع الصحي.

- إقامة الروابط الوظيفية بين المصالح الطبية .

- إعداد جداول المناوبة الطبية والمداومة.

- اقتراح أي تدبير كفيل بتنظيم مصالح الوقاية، والتشخيص والعلاج وإعادة التنظيم الوظيفي.

- إعداد برامج شهرية للنشاطات الطبية، ويستشير المجلس الطبي مجلس المديرية قبل أية مداولة له

في المسائل الطبية.

- يجتمع المجلس الطبي مرة كل شهرين، كما يجتمع أعضائه في جلسات غير عادية بناء على

طلب من الرئيس أو بطلب من مدير المؤسسة.³

إن وجود جهازين إداريين يعملان مع بعضهما، ما هو إلا دليل على زيادة فاعلية اتخاذ القرارات

الصائبة و نوعا من الرقابة الذاتية المسبقة على أعمال الإدارة .

إلا أن واقع التنظيم الإداري للقطاعات الصحية يبين عكس ذلك ، فالتداخل بين صلاحيات المجلس

الإداري والمجلس الطبي، خاصة بين مدير بيروقراطي لا يساير الأساليب الحديثة التي وقف عليها علم الإدارة

¹ - زغودي موسى ، التنظيم الإداري للقطاعات الصحية ، مديرية الإدارة الصحية ، الجزائر ، دفعة نوفمبر 1990 ص

12

² - احمد اويحي ، مرجع سابق ، ص 337

³ - القرار الوزاري رقم ، 22 المؤرخ في 24 نوفمبر 1981 المتعلق بالنظام الداخلي الخاص بالقطاعات الصحية بالجزائر

و التسيير وأستاذ طبيب يجعل من تحصيله و منطقه العلمي المنغلق على نفسه وسيلة لممارسة السلطة في قالب ظاهره المصلحة العامة هذا ما يولد الصراع بين سلطتين مختلفتين (سلطة إدارية و سلطة طبية).¹

2-3- شروط توظيف أصحاب السلطة الإدارية و السلطة الطبية :

أ - شروط توظيف أصحاب السلطة الإدارية : يشمل سلك مديري الإدارة على الرتب التالية :

- رتبة مدير إدارة صحية من الصنف الثالث .
- رتبة مدير إدارة من صنف الثاني.
- رتبة مدير إدارة صحية من صنف الأول.
- رتبة مدير إدارة من صنف الأول .
- رتبة مدير إدارة صحية خارج الترتيب .

حيث يوظف مدير الإدارة الصحية من الصنف الثالث حسب الآتي :

الذين يثبتون السنة الثانية من شهادة ليسانس في تخصصات ذات الصلة بمهام التسيير و قد تابعوا تكوينا لمدة سداسيين في مدرسة الصحة العمومية أو في مؤسسات أخرى للتكوين المتخصص ويوظف مدير الإدارة الصحية من الصنف الثاني حسب الآتي :

- على أساس الشهادة من بين المترشحين الذين انهوا بنجاح سنتين من التعليم العالي في تخصصات ذات صلة بمهام التسيير، و تابعوا تكوينا لمدة سنتين في المدرسة الوطنية لصحة العمومية ، أو في مؤسسات أخرى للتكوين المتخصص.

كما يقوم بتعيين مدير الإدارة الصحية من الصنف الأول حسب الآتي :

- عن طريق مسابقة على أساس الشهادة من بين : المترشحين الحائزين على شهادة من الدراسات العليا المتخصصة في ميدان الإدارة الصحية، أو شهادة معادلة .

وذلك عن طريق امتحان مهني في حدود 30 من المناصب المطلوب شغلها من بين مديري الإدارة الصحية من الصنف الثاني و لهم 5 سنوات من الاقدمة بهذه الصفة، يجبر على هؤلاء المترشحين المقبولون على قضاء فترة تدريب في التكوين المتخصص قبل تثبيتهم.

كما يكلف مديرو الإدارة الصحية خارج الترتيب في حدود المناصب المطلوب شغلها من بين : مديرو الصنف الأول ولهم 5 سنوات اقدمية، ومسجلين في قائمة تأهيل تعدها السلطة التي لها السلطة التعيين بعد استشارة لجنة المستخدمين.²

¹ - صلاح الشناوي ، التنظيم و الإدارة في قطاع الأعمال ، مدخل المسؤولية الاجتماعية ، جامعة الإسكندرية ، مصر ، سنة 1999 ، ص 215

² - مرسوم تنفيذي رقم 108-91 مؤرخ في شوال عام 1411 الموافق 27 افريل سنة 1991 يتضمن القانون الأساسي الخاص بمديري الإدارة الصحية صفحة بالجزائر

ب - شروط توظيف أصحاب السلطة الطبية :

يعين مسؤولو الوحدات القاعدية، من بين الأطباء العاملين للصحة العمومية الذين لهم صفة طبيب عام رئيس في قائمة التأهيل .

يعين الأطباء المنسقون من بين: الأطباء العاملين الذين لهم صفة أطباء رئيسيين و مسجلين في قائمة التأهيل .

يعين الأطباء المفتشون من بين: الأطباء العاملين الذين لهم صفة أطباء عامين ممتازين لهم سنتين ممارسة بهذه الصفة .

الأطباء العاملين الذين لهم صفة أطباء عامين ، سامين ، مرسمين
كما يوجد في قمة المناصب العليا السلطة الطبية حسب المادة 61 ، تطبيقا للمادتين 9 و 10 من المرسوم رقم 5985 المؤرخ في 23 مارس سنة 1985.

- ممارسة متخصص رئيس وحدة .

- ممارسة متخصص ، رئيس مصلحة .

- طبيب العمل المفتش .

فيعين الممارسون المتخصصون رؤساء الوحدات من بين :

الممارسين المتخصصين من الدرجة الأولى على الأقل و لهم سنتان ممارسة فعلية بهذه الصفة ومسجلين في قائمة التأهيل .

ويعين الممارسون المتخصصون رؤساء مصلحة من بين الممارسين المتخصصين من الدرجة الثانية على الأقل و لهم سنتان ممارسة فعلية بهذه الصفة ومسجلين في قائمة التأهيل.

كما يعين الأطباء المفتشين في العمل من بين : الأطباء المتخصصين من الدرجة الأولى في الطب (طب العمل) على الأقل ولهم سنتان ممارسة فعلية بهذه الصفة و مسجلين في قائمة التأهيل.¹

وبالتالي يخول لكل من السلطة الإدارية والسلطة الطبية قانونيا مسؤولية إدارة القطاع الاستشفائي العمومي في إطار ازواجية السلطة مع المحافظة على التنظيم والاستقرار الداخلي لأداء المهام العلاجية والوقائية للمواطنين.

2-2-4- مهام السلطة الإدارية :

إن مختلف الأعمال الإدارية تتضمن مجموعة من الوظائف و المهام التي تستند إلى صاحبها بعد توصيف الوظيفة الموكلة له .

فإذن ما هو مجال وطبيعة العمل الإداري ومسؤولياته في إطار التكفل بالمرضى ؟ وما أهمية الوظيفة الإدارية وموقعها داخل المستشفى؟²

¹ - مرسوم تنفيذي رقم 91-106 مؤرخ في شوال عام 1411 الموافق في 27 افريل سنة 1991 يتضمن القانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين و المتخصصين في الصحة العمومية ، الجزائر ، ص 716

² - عبد الغفار حنفي ، مرجع سابق ، ص192

- حيث يعين مدير القطاع الصحي بقرار من الوزير المكلف بالصحة¹ أين يعتبر المسؤول الأول على سير المؤسسات الاستشفائية و تخول له صلاحية تسيير المؤسسة وممارسة السلطة السلمية و التأديبية على مجموع المستخدمين التابعين للقطاع الصحي، ويشترط في المدير العام أن يكون قد اثبت تكويننا عاليا زيادة على خمس سنوات خبرة على الأقل في قطاع عمومي ويتولى على الخصوص ما يلي :

- يكون كمثل للمؤسسة أمام العدالة، وفي جميع أعمال الحياة المدنية .
 - الأمر بالصرف فيما يخص نفقات المؤسسة .
 - يخصص مشاريع الميزانية التقديرية، ويعد حسابات المؤسسة.
 - يضع مشروع المخطط التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة.
 - يقوم بتنفيذ مداورات مجلس الإدارة .
 - يضع التقرير السنوي للنشاطات، ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة.
 - يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم.
 - يمارس سلطة التعيين و التسيير على مجموع مستخدمي المؤسسة.
 - يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته.
 - باستثناء المستخدمين الذين خصص لهم شكل آخر من أشكال التعيين.²
- حيث يحدد المخطط التنظيمي للمؤسسات الاستشفائية بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية، والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومي .
- ويشمل التنظيم الإداري للقطاع الصحي الموضوع تحت سلطة المدير، الذي يلحق به مكتب التنظيم العام ومكتب الاتصال على ما يلي :

- أ - المديرية الفرعية لإدارة الوسائل: تتكون من ثلاث مكاتب
- مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات المكلف ب :
- إعداد و تسيير جداول و تقييم الاحتياجات للمستخدمين
- التوظيف و تسيير ملفات الإدارة لجموع العمال، والسهر على النظام العام .
- إعداد قوائم الرواتب ، منح توضيحات مختلفة.
- إعداد ووضع حيز التنفيذ الاستراتيجيات والاحتياجات المتعلقة بالتكوين، ودمج الموارد البشرية .
- التكفل بضمان حقوق المستخدمين من العطل والترقية... الخ
- مكتب الميزانية والمحاسبة المكلف ب :
- التحليل والتقييم المالي لمجموع المصارف .

¹ - المادة 17 من المرسوم التنفيذي رقم 67-66 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية تنظيمها و تسييرها ، بالجزائر

² - المادة 19 من نفس المرسوم

- وضع دعائم لتقييم مؤشرات التكلفة.
- محاسبة جميع المصاريف المالية.
- إعداد و متابعة الطرق التي تبين التكاليف الناتجة عن سير المؤسسة .
- إعداد حصيلة تقييمية تأخذ بعين الاعتبار مواعيد الاستحقاق وتعزيز التكاليف
- ب - المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية والمنشآت القاعدية والتجهيزات وتتكون من مكتبين:
- مكتب المصالح الاقتصادية مكلف ب :
- تزوي المصالح الاستشفائية بالوسائل الضرورية لتسيير نشاطات المصالح .
- القيام بالجرد، المحاسبة المادية، وإعداد حساب التسيير المادي.
- مكلف باستلام و مراقبة التمويل.
- إعداد رزنامة الاحتياجات من المواد الضرورية ، لضمان السير الحسن للهياكل الصحية .
- وضع و متابعة دعائم المحاسبة و التسيير و مراجعتها .
- وضع علاقات تنسيقية مع باقي المكاتب الأخرى .
- مكتب المنشآت القاعدية والتجهيزات، واللوازم الضرورية.
- معرفة الاحتياجات ، في ما يخص أشغال الترميم و صيانة المنشآت الصحية، والتجهيز مع إعداد رزنامة ..
- مكلفة بحماية الأملاك وملزم بسجل المحاسبة .
- مراقبة ومتابعة حالات تواجد المنشآت الصحية.¹

جدول رقم 03 : السلطة الإدارية في المؤسسة الصحية

المستوى الإداري	المهام الرئيسية	المؤثرات
المدير	الأمر بصرف النفقات	مستوى الإنفاق
	تحضير الميزانية التقديرية	معدل النشاطات مقارنة بالاعتمادات المالية
	وضع تقرير النشاطات	معدل الانجازان مقارنة مع التوقعات
	متابعة الإيرادات	معدل التحصيل
	إبرام العقود و الصفقات	تكاليف العقود المبرمة
	التنظيم العام و الاتصال	عدد الملفات المبرمة
	متابعة مشاريع الانجاز	رزنامة انجاز الأشغال و الأعمال
مساعد المدير المكلف	صياغة المنشآت و التجهيزات	معدل عمل المنشآت و التجهيزات
	الجزء العام للممتلكات	معدل توسيع و تجهيز المصالح
	تلبية حاجيات المصالح	معدل توفير الحاجيات المطلوبة

¹ - المواد 2.3.4.5 من القرار الوزاري المؤرخ في 1998/04/26 المحدد للمخطط التنظيمي للقطاعات الصحية بالجزائر

تامين الأشخاص و الممتلكات	عدد التدخلات و معدل المخاطر المتفادية
تسيير المخزون	معدل الاستهلاك اليومي
تسيير الموارد البشرية	معدل التأخير
متابعة المنازعات	عدد الحالات التي تم الفصل فيها
متابعة تنفيذ الميزانية	معدل النشاطات مقارنة بالتوقعات
تقييم التكاليف الصحية	نسبة التكاليف مقارنة بالنتائج
التكوين	عدد المستخدمين الذين تم تكوينهم
تنفيذ و متابعة البرامج الوقائية	معدل التلقيح و المتابعة الوقائية
تنظيم و تقييم نشاطات العلاج	معدل التأخير و رضی المريض
الاستقبال و الإعلام و التوجيه	معدل المرضى الذين تم قبولهم
دخول المرضى	عدد أيام العلاج و متوسط مدة الإقامة

المصدر: بلقاسم حلوان ، لوحة قيادة التسيير المؤسسة الصحية ، مذكرة نهاية الدراسات ما بعد التدرج المتخصصة في تسيير التنظيمات الصحية ، الجزائر، 1999 ، ص 04 .

2-2-5- مهام السلطة الطبية :

عبر التوجيهات الجديدة المعطاة لطب بتطوير الوسائل التقنية، ظهرت في الخمسينات أشكال جديدة لتنظيم المصالح ، منها تجزأ المهام وتشكل أقسام العلاج كتنظيم الأقسام بالمستشفى من طرف مساعدين الذين يعطون التوجيهات ويسجلون المهام التي يجب القيام بها كذلك المنفذين للأوامر والمهام حسب تنظيم تدريجي للعمل الذي يكون بمساعدة السلطة الطبي.

فالمجلس الطبي ضمن أعضائه ينتخب رئيسا و نائب رئيس و ذلك لمدة 3 سنوات إضافة إلى مسئولون يتراأسون المصالح التالية .

- مسؤولوا المصالح الطبية و القطاعات الصحية الفرعية .
 - الصيدلي المسؤول عن الصيدلة.
 - طبيب أسنان يعينه المدير .
 - موظف شبه طبي ينتخبه زملائه ، و يتمتع بأعلى رتبة في السلك الشبه الطبي
 - ممثل المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء .¹
- و يمكن تقسيم التدرج السلطوي لدى السلك التقني في القطاع الصحي إلى مايلي :

¹ - المادة 21 من المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق ل 2 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيم سيرها

أ - **الطبيب الأستاذ Professeur** : يعتبر الطبيب الأستاذ هو صاحب السلطة الطبية ، بحكم انه أستاذ مختص له المستوى ، كما انه يمثل قمة الهرم ضمن الفرقة المعالجة ، و هذا حسب النص القانوني المؤرخ في أكتوبر 1974 تبعا لإصلاح التعليم العالي في 1970 بعد الفصل بين جامعتين الطب و الصيدلة و للأستاذ مهام مناصرة به و هي كآآتي :

- 1- ضمان النشاطات الصحية داخل المصلحة.
- 2 - التنسيق بين مختلف الفرق العاملة داخل المصلحة و خاصة التقنية (طبية و شبه طبية) .
- 3 - ضمان التعليم و البحث العلمي داخل معاهد العلوم الطبية .
- 4 - توزيع المهام على جميع المستخدمين داخل المصلحة .
- 5 - إصدار لائحة احتياجات المصلحة للسلطة الإدارية .
- 6 - تنفيذ التوجيهات الإدارية .
- 7 - حضور الملتقيات العلمية ¹.

ب - **درجة الدوسانت (Docent)** : رتبة تأتي مباشرة بعد رتبة الأستاذ في السلم الهرمي، وتسير وفق النص القانوني نفسه والمهام التي كلف بها الدوسانت، هي نفسها تقريبا المهام التي كلف بها الأستاذ رئيس المصلحة مع الفارق في اتخاذ القرارات التي تتم بواسطة هذا الأخير، كما يمكن أن تمنح الدوسانت مهمة تسيير جزئي للمصلحة، وأن ينوب عن الأستاذ في حالة التغيب.

ج - **درجة الأستاذ المحاضر (Maitre assistont)** : يتم توظيفهم عن طريق مسابقة على أساس الشهادات، بالإضافة إلى إثبات سنة على الأقل من الخبرة كمساعد متقاعد في معهد العلوم الطبية . أما الأطباء والصيدلة وجراحوا الأسنان حسب تشريعات سنة 1968 تنص على أنهم مكلفون بضمان النشاطات المختلفة كتشخيص المرض والعلاج، والخبرات الطبية والوقاية و التوعية الصحية وتكوين وتعليم المتربصين في الشبه الطبي ، يتم تعيينهم بموجب الشهادة المتحصل عليها. ² وعلى هذا الأساس يكون هناك تساند وظيفي بين السلطة الطبية و السلطة الإدارية ، وترابط بينهما و تبادل الإسهامات الوظيفية الذي يحافظ على تكامل هذا النسق .

2-2-6- علاقات العمل بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية :

إن الجهاز الطبي هو الجهاز الذي تسند إليه مهمة العلاج داخل أي مستشفى ، أي تقديم خدمات صحية للمرضى مما يمكنهم من العيش، إلا إذا وجدت هناك إدارة تسهر على تنظيم وتقسيم العمل داخله، ومن هنا تنشأ علاقات العمل بين الإدارة والسلك الطبي .

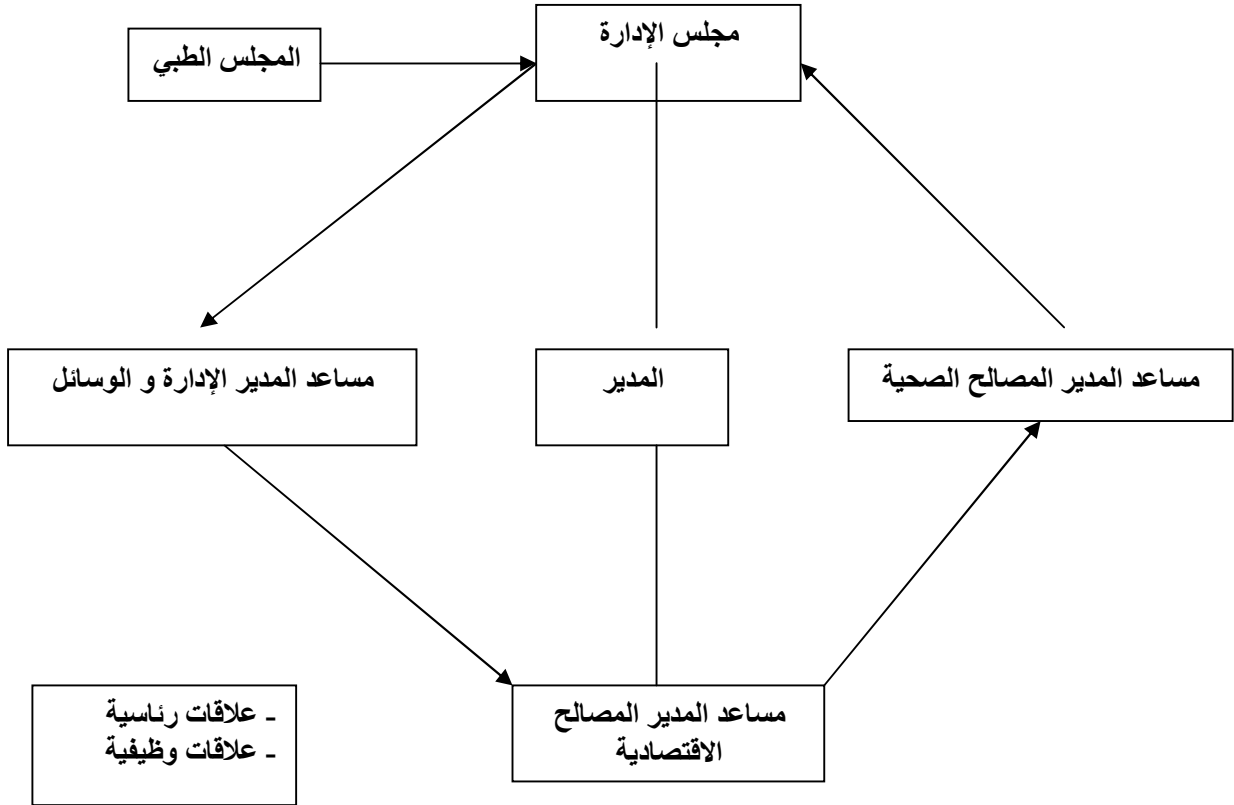
¹ - F.z Oufriha. Et L.Lamri , analyse de l'evaluation des status et de la structure des dépenses de personnel selon la catégorie dans les strecturs sanitaire les cahier de C.R.E.A.D n, 13 trimastr Alger .année 1988- p37

² - F.z Oufriha. Et L.Lamri , analyse de l'evaluation des status et de la structure des dépenses de personnel selon la catégorie dans les strecturs sanitaire OP.CIT p13

فالوظيفة الإدارية هي توزيع الأطباء حسب اختصاصاتهم على المصالح الموجودة ، وذلك بما يتماشى و متطلبات العلاج لدى هذه المصالح الموجودة، مع توفير لهم كل الإمكانيات اللازمة من أجهزة و أدوات طبية تساعدهم على ممارسة مهامهم على أكمل وجه زيادة على توفير جو عمل ملائم داخل هذه المصالح هذا من جهة، و من جهة أخرى ترتبط الإدارة بالسلك الطبي بعلاقات العمل بما يخص ناحية التكوين ، إذ توجد هناك علاقات وطيدة بين معهد العلوم الطبية وإدارة المستشفى طبقا لهذه العلاقات حق مراقبتهم من ناحية الانضباط، ومن جانب آخر تلتزم الإدارة بحل المشاكل المتعلقة بهم، و ذلك لتحسين ظروف العمل و لتكوين علاقات عمل منسجمة مع الفريق الطبي لسعي نحو خدمة الهدف الواحد هو صحة المريض¹.

¹ - المرسوم رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 ، المتعلق بالقانون الإسلامي، (مراكز المستشفيات الجامعية) المادة 22 بالجزائر

الشكل رقم 05 : مخطط بين العلاقة بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية



مصدر : حلوان بلقاسم " لوحة قيادة التسيير في مؤسسة الصحية " مذكرة نهاية الدراسات ما بعد

التدرج المتخصصة في تسيير التنظيمات الصحية سنة 1999

2-2-7- تصور الطبيب لمكانته داخل المستشفى:

يعتبر الطبيب عنصرا هاما في القطاع الاستشفائي، لأنه يقوم بادوار هامة تحتوي على جانبين

أساسيين هما:

الجانب الأول: هو الجانب الطبي المتخصص ، المعروف لطبيب.

الجانب الثاني: هو الجانب الاجتماعي، حيث يحتوي دور الطبيب على قيم ومعايير وأخلاقيات

تملي على الطبيب القيام بواجبه و أدائه لدوره، وتكون بمثابة قوانين يحترمها وينفذها، و ترتبط دور الطبيب ارتباطا تاما بالمريض.

فالتبيب يحاول التعاون مع المريض بتطبيق معلوماته الخاصة و مهاراته من اجل منفعة

المريض، ومن اجل تشخيص المرض والعلاج، و لذلك يحاول الطبيب بطريقة ودية معروفة لغيره فمن

الضروري أن يقوم الطبيب بعمل الفحوص، والاختبارات المعملية والفحوص الطبية وأن يحصل على كل

المعلومات التي يرى أنها ذات صلة بموضوع المرض، حيث أن توتر المريض غالبا ما ينشأ عن الطبيعة

الغير شخصية للممارسة الطبية والتي غالبا ما تخضع للالتزامات الطبيب والتي تفرض عليه أن يكون

موضوعيا وغير متحيز عاطفيا للمريض .

- ويرى بارسوتنز أن هناك مجموعة من التوقعات التي يجب أن يلتزم بها الطبيب إلى حد ما ، من أجل أن يتوافق سلوكه مع ما يتوقعه منه المجتمع ومن هذه التوقعات :
- 1 - أن يستخدم الطبيب كل خبراته ومهاراته ومعرفته لحل مشاكل المريض.
 - 2 - أن يكون هدف الطبيب الأول هو رفاهية المريض وتحسين صحته ، وأن يخضع الطبيب هذا الهدف فوق اهتماماته الشخصية.
 - 3 - أن يكون حكمه على المرض عن طريق ممارسته الطبية المتخصصة.
 - 4 - أن يتعهد بان يكون متعاوناً في الوظائف التي تساهم في المحافظة على صحة الفرد ذاته ، وأن يكون هو البادئ بالدور القوي و الفعال في علاقته بمرضاه .
 - 5 - أن يكون الطبيب متقدراً و متخصصاً في مجال العناية ، حتى يستطيع أن يتعامل مع مواقف الضعف الصحي .

إذا الطبيب مسؤول على شفاء مرضاه، و إنما تلك المسؤولية تحتاج إلى درجة عالية من التخصص الطبي فمعرفته و مهاراته إنما تساعده على امتلاك الوسائل المناسبة لانجاز هدفه، و السلطة الموقفية و الاعتماد الموقفي على المريض ، أما المريض فهو يعتمد على الطبيب لأنه يحتاج إلى خبرته في علاج حالته ، حيث أن من العوامل التي تفرز دور الطبيب ينتج من اعتماد المريض عليه في القرارات الخاصة بحياته فهو المسؤول عن شفائه.¹

ولهذا يحظى الطبيب بالإقدام والقوة لأنه من المتوقع أن يكون على درجة عالية من تعهد نفسه لخدمة الآخرين وتحقيق الرفاهية لهم ، فكل وظيفة منصبة على مساعدة الأفراد ، فهؤلاء الأطباء غالباً ما يختارون هذه المهنة لرغبتهم في خدمة الآخرين ، أما الحصول على المادة و المكانة والقوة فهي تمثل اعتبارات ثانوية بالنسبة لهم ، فالهدف الأول لهؤلاء الأفراد هو العناية بالمرضى ليس من أجل الكسب المادي ، و لذلك الطبيب يحظى بكثير من الاحترام لأنه اقل اهتماماً بمكاسبه المادية من أي وظيفة أخرى في المجتمع.²

و بهذا فإننا لا ننظر فقط إلى الطبيب على انه فقط رجل المعرفة و العلم القادر على مواجهة الأعراض المرضية الخطيرة، و إنما ننظر إليه كذلك على انه يمثل صورة الإنسان الرحيم المفكر الواثق ، المهتم أساساً بالمريض الفرد والملتزم بتحقيق راحته .

2-2-8- مظاهر الصراع السلطوي في القطاع الصحي:

بعدما تطرقنا إلى مهام السلطة الإدارية و السلطة الطبية مع معرفة العلاقة التي تجمعهم داخل المستشفى ، سنتطرق إلى بعض مظاهر الصراع السلطوي داخلها .

¹ - Talcot Parsons , Health and society themabank memormal hund quartely , volume 530 n;3 année ; 1975 , page 262

² - نادية عمر ، مرجع سابق ، ص 158

1 - الرفض أو تشكيك في مصدر السلطة: كثيرا ما تنشأ الصراعات حين تشكيك في مصدر السلطة أو الخبرة ، أو المواد التي يحوزها شخص (أ) نتيجة أوضاع راهنة يريد الإبقاء عليها، وشخص (ب) يرفضها ، فكثيرا ما نلاحظ في المؤسسة الصحية للتمرد على سلطة المدير باعتباره المسؤول الأول عن القطاع الصحي من طرف الأطباء مصدره التشكيك في القدرات العلمية والكفاءات المهنية التي يتمتع بها المدير، و التي تستدعي حتما إعادة النظر في التكوين والمؤهلات التي يجب أن يتمتع بها المدير .

2 - عدم التفاهم حول مجال ممارسة السلطة: يمكن الصراع في هذه الحالة في حدود ممارسة السلطة وفقا للوضعية التي يحتلها مالك السلطة في هياكل التنظيم ، بحكم الوظيفة أو المهنة فإذا كان تسيير الموارد البشرية من صلاحيات المدير الفرعي ، وبالتالي فإن أي فرق لهذه الحدود من إطار ما يعتبر تدخلا في مجال الاختصاص ، عادة ما يتم عن طريق التواجد القوي في الميدان ، وانتهاج أسلوب فريد وخاص في التسيير واختيار الطريقة المناسبة من التأثير .

كما يخول المركز بعض الامتيازات التي من الواجب ممارس السلطة التمتع بها لأنها عنوان لشرعية مركزه، و منها إمكانية الحصول على معلومات أو الاستعانة بأصحاب الخبرة.

3 - التنافر حول فهم اديولوجية أو قيم التنظيم : حتى و إن كانت اديولوجية مجموع القيم و الاعتقادات الراسخة التي يتميز بها الأفراد عن بقية التنظيمات الأخرى، إلا أن بعض التأويلات الخاطئة لهذه القيم قد تكون مصدرا للصراع و مثاله التنافر ، و الصراع الذي قد ينشب بين مدير قطاع صحي يهيمه تحقيق منفعة جدية بأقل تكلفة ممكنة فنظرته اقتصادية بحتة ، بينما يراعي الأطباء الجانب الإنساني الاجتماعي سواء في معالجة مرضاهم أو طلباتهم للتجهيزات الطبية ، فهنا و في غياب قنوات اتصال فعالة مرنة تفاوضية بعيدة عن منطلق المواجهة قد ينشب صراع بين المنطق الاقتصادي لرجل الإدارة والمنطق الطبي لطبيب.¹

4 - تباعد الأهداف: إن الاعتماد المتبادل بفرض تحقيق أهداف التنظيم ، و إن كانت ضرورية إلا أنها يمكن أن تكون مصدرا للصراع لان طبيعة الأشخاص هي أنهم لا يتبنون الأهداف الاجتماعية لا إذا كانت تخدم مصالحهم و أغراضهم و تطلعاتهم ، أما إذا لم تفعل ذلك فأنهم يعملون كل ما في وسعهم دون بلوغ الأهداف لكن بمجرد البلبلة والتشكيك ووضع العراقيل مثل: مجلس الإدارة يصادق على مشروع توسيع مصلحة الاستعجالات ولكن لن يدخل هذا القرار حيز التطبيق إلا بشق الأنفس بسبب التباين وتباعد في أهداف من تبني المشروع والأشخاص الآخرين .

5 - معارضة شرعية السلطة: عندما يرى البعض عدم شرعية السلطة نتيجة الأوضاع الراهنة والذي ينجم عنه الصراع عوض المقاومة الهدامة وهذا بسبب عدم الاعتراف بجهود بعض أطرافها أو عدم

¹ - بن عيدة ميلود ، سلطة اتخاذ القرار في تسيير الهيئات الصحية العمومية ، مذكرة لنيل شهادة ما بعد التدرج في إدارة أعمال التنظيمات الصحية ، المدرسة الوطنية لصحة العمومية ، جامعة الجزائر ، دفعة 2001/200 ، ص93

إعطائهم الدور الحقيقي المنوط بهم، و عرقلة جهودهم بالمماطلة، ويمكن تجنب مثل هذه الصراعات بمزيد من الحكمة و أساليب التسيير الحديثة المرنة لأنه لا علاقة لها بالسلطة.

6 - ردود الفعل للتغيرات التي تحددها السلطة: إن الغرض من ممارسة السلطة التأثير في تصرفات الأشخاص، و يعتبر ذلك إعادة توزيع الأدوار و العلاقات التأثيرية ، والنتيجة حالة قلق وخوف ولا استقرار وضغط مستمر، وحالة الاستقرار هاته تجعل بعض الأفراد يستغلونها لصالحهم بإحكام الرقابة والتأثير في هياكل التنظيم التي تزيد من حدة القلق و التوتر لأنها صراع من اجل البقاء و هذا ما يساعد الأشخاص على إبراز وإثبات كفاءتهم ، ولكن إذا لم يحسن استغلالها قد تصبح مصدرا خطيرا للصراع .

7 - الصراع الناتج عن شكل التنظيم و سير عمله : ينشأ الصراع عندما يعتقد شخص أو عدة أشخاص داخل التنظيم أن هياكله و نظام سير عمله يعتبر عرقلة لمجهوداتهم ولا يمكنهم من خلالها الوصول إلى الأهداف المسطرة وبالتالي يجب تغييرها.

8 - الصراعات الشخصية على السلطة: تحدث عندما لا تتجانس أهداف واستراتيجيات و احتياجات الشخص (أ) مع الشخص (ب) وفقا لمعيار شخصي ذاتي، فيرى مثلا الشخص (أ) أن الشخص (ب) خطر عليه داخل التنظيم أو أن (ب) يرى أن الشخص (أ) يريد أن يحرمه من مصدر من مصادر السلطة و عادة ما يلعب المزاج الشخصي النفسي دورا كبيرا في هذا النوع من الصراعات سهلة الملاحظة إلا انه يصعب تسويتها.¹

2-3- المسؤولية الإدارية والطبية وتأثيرها على نوعية الخدمات الصحية المقدمة :

في كل مؤسسة أو هيئة طبية صحية تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية الطبية، كتقديم الرعاية الصحية الأولية والاجتماعية والعلاجية والوقائية والإنشائية للأفراد، هذه الخدمات تكون عامة أو خاصة، تقدم لأفراد المجتمع في بيئة جغرافية معينة أو يتبعون لقطاعات مهنية أو غيرها، يدير هذه المؤسسات العاملون الصحيون المتفاوتون في تخصصاتهم و درجاتهم العلمية كالأطباء والممرضين والممرضات والفنيين والأخصائيين في مختلف التخصصات.

¹ - بن عيدة ميلود ، نفس المرجع ، ص 94

2-3-1- خصائص الخدمات الصحية و تصنيفها

أ - خصائص الخدمات الصحية :

- تعتمد خدماتها على تعداد السكان.
- تعتمد على عدد العاملين الصحيين.
- تعتمد خدماتها على وفرة الرعاية الصحية والاجتماعية في البلد .
- تعتمد خدماتها على تنمية القطاعات الأخرى، كالصناعة والزراعة والتعليم وغيرها.
- تعتمد خدماتها على حجمها وأقسامها .
- تختلف المؤسسات الصحية وتتعدد بحكم وظائفها.
- من خصائصها العامة أنها تعتمد على العمل الجماعي.

ب - تصنيفات الخدمات الصحية : تقسم المؤسسات الصحية الطبية حسب نوع الخدمات المقدمة

إلى ثلاث أقسام رئيسية :

أ - الخدمات الصحية الأولية: حيث تقدم للأفراد الخدمات بشكل علاجي أو وقائي، وتقديم الرعاية الصحية والاجتماعية الكاملة ، ومن هذه المؤسسات: المستوصفات، مراكز الخدمات الصحية الأولية و الوحدات الصحية¹

ب - الخدمات الصحية الثانوية: وتتكون من خدمات تخصصية للأفراد، الذين يحولون من قبل الوحدات الصحية الأولية وهي تقع ضمن منطقة سكانية واسعة ، في الوقت الذي تقع فيه الخدمات الأولية في منطقة سكانية اقل، ومن الخدمات التي تقدم بالإضافة إلى الاستشارات الطبية، أنواع العلاج بالأقسام المختلفة من المستشفى للمحولين من مراكز اصغر .

ج - الخدمات الطبية ذات الدرجة الثالثة: وتتكون من خدمات عالية التخصص مثل الجراحات المستعصية والدقيقة: كجراحة الأعصاب، والقلب والتجميل، وتقدم هذه الخدمات في مراكز طبية متخصصة بدرجة عالية جدا ، و عيادات تخصصية داخل هذه المراكز. وفي معظم البلدان تقسم المستشفيات إلى ثلاثة أنواع :

-المستشفيات الصغيرة من 20 إلى 100 سرير ، حيث يقدم العلاج للمرضى الباطنيين والحالات الجراحية و الولادة .

- المستشفيات المتوسطة أكثر من 100سرير وتقدم خدمات باطنية وجراحية، وإنسانية وغيرها

ذات الطابع العالي.

¹ 2 - احمد فايز النامس ، الخدمة الاجتماعية الطبية ، دار النهضة العربية لطباعة و النشر ، بيروت ، ط1، 2000 ص

- المستشفيات الكبيرة حيث تقدم خدمات صحية وطبية متكاملة، تشمل العلاج الإشعاعي وجراحة الأعصاب جراحة الصدر، جراحة التجميل، القلب، وزراعة الأعضاء في كثير من الأحيان تستخدم هذه المستشفيات لتعليم الموارد المتخصصة والبحث العلمي.¹

2-3-2- الطاقم الطبي و الصحي في المؤسسات الصحية :

أ - عناصر الطاقم الطبي :

- الطبيب الأخصائي (عدة التخصصات) .

- الطبيب العام .

- الممرضات و الممرضين .

- الفنيين (مخبرات أشعة، علاج طبيعي، علاج عملي، تحليل) صحة عامة تغذية مشرفين .

- أخصائي نفسي .

- أخصائي اجتماعي طبي .

- أخصائي التأهيل .

ب - العمل الجماعي في المؤسسة الصحية الطبية:

يقصد بالعمل الجماعي المهنيين ذوي التخصصات المختلفة بقصد موضوع من الموضوعات والتي تنتهي باتخاذ قرارات موحدة بشأن هذا الموضوع والتي يتفق عليها الجميع.

وقد عمدت الكثير من المؤسسات لإتباع هذا النظام خاصة المؤسسات الاجتماعية الطبية، وأولها العيادات النفسية، ومؤسسات الأمراض العقلية، و سير العمل الجماعي أو فريق المؤسسة على أسس أهمها:

- إدراك كل عضو من أعضاء الفريق لوظيفته و تخصصه إدراكا واضحا ومسؤولية وظيفية الرئيسية.

- احترام كل عضو لكيفية الاستفادة من الأعضاء الآخرين.

- إتاحة الفرصة لكل عضو لإبداء رأيه و توضيح دوره في كل حالة فردية.

- أن تجمع بين أعضاء الفريق علاقة تعاون، وتفاهم و ثقة مبنية على الاحترام المتبادل.²

- إلا أن كل عضو داخل المنظمة يختلف عن غيره لتمييزه من الناحية الشخصية، وهذا حسب

الاستعدادات الفطرية والمكتسبات الأسرية، والاجتماعية فهو يسعى دائما إلى الحصول على الأفضل و الأحسن داخلها.

فالمنظمة الاستشفائية هي من القطاعات الحساسة التي تحتاج إلى المواظبة في العمل و المشاركة في التسيير وأداء الخدمات الصحية، لكن بوجود سلطتين مختلفتين إدارية و طبية، وهذا من

² - احمد فايز النامس ، نفس المرجع السابق ، ص72

حيث التكوين والشخصية وأداء المهام فهم يسعون دائما و بكل الطرق لى فرض السيطرة والقوة للحفاظ على المركز والمكانة الذي يؤثر في معظم الأحيان على إحداث الاستقرار الداخلي للمستشفى، وبالتالي حسن تقديم العلاج للمرضى.

2-3-3- أبعاد ونظم الخدمات الصحية: للخدمة الصحية أبعاد ترتكز عليها نذكر منها :

- البعد الإنساني: تهدف الخدمة الصحية أساسا إلى إعطاء يد المساعدة للمريض و ذلك بتقديم العلاجات الضرورية، من اجل القضاء على مسببات المرض، وتخفيف المعاناة والمحافظة على سلامة صحته عن طريق إرساء قواعد الوقاية، ويقوم الممارسون الطبيون والمهنيون بالخدمة الطبية في إطار كرامة وأدمية الإنسان، وتقوم فكرة الخدمة الطبية الحديثة على فكرة مكافحة الألم وذلك بتطوير وسائل التكفل الطبي.

- البعد الأخلاقي: و هو منطلق إنساني مستمد من القيم الأخلاقية التي تبنتها الأديان السماوية وسنتها القوانين الوضعية، بهدف حماية كيان المجتمع، وتحقيق العيش الكريم، وقد تضمن قانون أخلاقيات الطب مجموعة من المبادئ والقواعد والأعراف التي يتعين على كل طبيب أن يراعيها في ممارسة مهنته .

- البعد الاقتصادي: حيث أن الخدمة الطبية تساهم في بناء اقتصاد البلد، وإنتاجه القومي وثرواته والعمل على رفع مستوى المعيشة للأفراد، وذلك عن طريق اختزال العوائق وإعادة تأهيل قدرات الفرد لإعادة إدماجه كفاعل اقتصادي، لان المرض والإعاقة تشكل عيبا اقتصاديا واجتماعيا في المجتمع.¹

- نظم الخدمات الصحية:

تقوم السياسة الصحية على أساس أن الرعاية الصحية حق أساسي لكل مواطن، وواجب على الدولة و توفيرها للجميع.

فالدولة مسؤولة دستورية عن توفير الصحة العامة لكافة المواطنين، ولكن تكون الخدمات الصحية في متناول الجميع فان الدولة تقوم بتقديم أنظمة مختلفة تصلح لجميع المواطنين القادرين وغير القادرين وتتمثل الأنظمة الصحية في:

- الخدمات الصحية المجانية: الرعاية الصحية المجانية من أهم النظم الرعاية الصحية التي توفرها الدولة في مختلف الميادين ومجالات الحياة الاجتماعية، وذلك من خلال الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة والوحدات التي تتبع الوزارات الأخرى ، مثل: وزارة التعليم العالي والمستشفيات الجامعية والخدمات الصحية التابعة للقوات المسلحة مثل : المستشفيات العسكرية... الخ، من المجالات وميادين الحياة التي تتولى الدولة توفير خدماتها الصحية من خلالها، سواء بالمجان التامة أو بالأجور الرمزية. ومن أمثلة المؤسسات الصحية المجانية التابعة لوزارة الصحة.

¹ - بن رزقي جمال ، انعكاسات آلية الاضطرابات على سير المرفق العام الاستشفائي ، مذكرة نهاية التريص لنيل شهادة ما بعد التدرج المتخصص في تسيير الموارد البشرية ، الجزائر ، السنة الجامعية 2001/2002 ، ص 48-49

ومن أمثلة المؤسسات الصحية المجانية التابعة لوزارة الصحة.

- المستشفيات العامة و المركزية.
- المستشفيات النوعية .
- مراكز رعاية الأمومة و الطفولة .
- مكاتب الصحة بالمناطق والأحياء .
- المراكز الصحية بالمدن.

- المؤسسات العلاجية: وهذه المؤسسات مسؤولة عن إدارة مجموع عن المستشفيات الكبرى، وتقدم هذه المستشفيات خدمات علاجية على مستوى عال و لكن باجر مجرد وهي مستشفيات تقدم كل أنواع الرعاية الصحية والطبية والتأهيلية¹.

2-3-4- أسس دراسة و تقييم الخدمات الصحية :

هي حق لكل مواطن ومسؤولية الدولة والطاقم الطبي والإداري، وعلى رأسه التعاون و التنسيق الذي يجب أن يكون بين السلطة الإدارية والسلطة الطبية ، في توفير القدر الكافي من الرعاية الطبية وعلى مستوى عال من الكفاءة ولذلك يجب أن يكون التقييم لخدمات الرعاية الطبية وعلى مستوى عالي من الكفاءة ولذلك يجب أن يكون التقييم لخدمات الرعاية الطبية المقدمة قائما، حيث يكون التقييم على شكلين :

- مدى الكفاية الكمية .
 - مدى الكفاءة الكيفية.
- وتقصد بمدى الكفاية الكمية :

ومدى توافر المؤسسات الطبية المسؤولة عن عمليات الوقاية والعلاج بأنواعها، ومدى توافرها في جميع المدن والقرى، وكذلك الأجهزة والمعدات اللازمة .

- مدى توافر العناصر البشرية اللازمة لتقديم الخدمات بما يتفق والاحتياجات من أطباء وهيئات التمريض وأخصائي أشعة وأخصائي تحقيقات، وعلاج طبيعي ونفسي واجتماعي ومعاونون صحيون ومساعدون والمعامل والإداريين ... الخ .

- مدى توافر الخدمات بكل أنواعها في كل المناطق وفي كل الأوقات، ومدى القدرة على استمرارية العلاج .

- مدى توافر النظم المالية والإدارية التي تسير الحصول على خدمات للمستفيدين منها وكم من المؤسسات يؤديها ، وكم من تأثيرها على المستفيدين منها .

¹ - بن رزقي جمال ، مرجع سابق ، ص 50

فإذا قامت الدولة بتقديم كل احتياجات المؤسسات الصحية والمادية (ميزانية مالية كافية، الأدوية، المعدات الطبية، سيارات الإسعاف) إلى جانب الاحتياجات البشرية (الأطباء والممرضين، والموظفين الإداريين)¹.

هذا ما يساعد كل من أصحاب السلطة الإدارية والسلطة الطبية للقيام بمهامهم المقررة بتوفير جو تنظيمي من ناحية التسيير وفرض الاحترام والانضباط بين أعضاء الطاقم الطبي والإداري ، إلى جانب المواطنين المتلقين للعلاج و الزائرين لهم ، هذا ما يبعد وقوع المشاكل و حدوث عراقيل أثناء أداء الخدمات الصحية .

2-3-5- إدارة المؤسسات الصحية و تقييم خدماتها :

الإدارة هي علم وفن وتحقيق فاعلية السياسة المرسومة من قبل الحكومة أو الأجهزة و الهيئات الأهلية وتتكون عملية الإدارة من عناصر ومكونات تعتمد بعضها على بعض و إدارة المؤسسات الصحية تقوم على عدة عناصر هي: التخطيط ، التنظيم، التنسيق، الميزانية، الإشراف الإداري، الترتيب، المتابعة، والتقويم.

- التخطيط: وهذا التخطيط يكون على ضوء :
- الاحتياجات و المشكلات الصحية .
- الإمكانيات و الموارد المتاحة.
- سياسة الأولويات في الاحتياجات .
- مدى اهتمام المجتمع بالمواجهة الفعالة للمشكلات وحجم المهتمين.
- الأهداف النهائية للمشروع و علاقته بالمشاريع الأخرى.
- وتمر مرحلة التخطيط بثلاث مراحل: الدراسة، البحث والاستقصاء .
- التنظيم: أي تقسيم الأعمال التنفيذية وتحويلها إلى مجموعة من الواجبات والأعمال و توزيع المسؤوليات بين القائمين بالأعمال المختلفة والتنسيق بين هؤلاء العاملين ، لتحقيق الهدف الأساسي .
- التنسيق: أي كيف نضع العاملين و العمليات التنظيمية بصورة تساعد على تفهم كل فرد أو وحدة لأدوارها و مهامها دون أي تعارض هذا على ضوء عملية التنظيم .
- الميزانية : والمسؤول عنها الإدارة المالية ، وتقوم بإعداد الميزانية و الحسابات و المراجعة والمشتريات والمخازن، وإعداد التقارير المالية من خلال المنظمين لأعمال الميزانية والحسابات .
- الإشراف الإداري: والهدف منه هو تحقيق أعلى مستوى من الكفاءة في العمل، و ذلك من خلال عملية التدريب و تشجيع العاملين، والتوجيه المباشر وغير المباشر، والإشراف يجب أن يتسم بالديمقراطية وهذا بان يكون الرئيس متفهما لطبيعة العمل كاملة والقدرة على توصيل المعلومات، وتشبيهه

¹ - سلوى عثمان الصديقي ، مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية و الاجتماعية ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ، مصر، 1999 ، ص 270

ببعض الصفات الشخصية وكذلك الموضوعية وعدم التحيز، كما يجب استخدام الأساليب لتشجيع العاملين على العمل بكفاءة وحماس، وذلك من خلال :

- المكافآت التشجيعية : الترقية ، إحساس الفرد بالأمان و الاستقرار ، تشجيع روح ابتكار العاملين بث الثقة في نفوس العاملين ، توزيع المسؤوليات و الرئاسة بالعمل ، تقدير للمشاعر الإنسانية والاجتماعية، الأخذ بمبدأ الاستشارة.¹

- التدريب: ويعتبر من أهم العمليات لنجاح أي عمل أو برنامج، ويستهدف إعداد الكفاءات للقيام بالمسؤوليات على فضل وجه ممكن والتدريب قد يكون على عدة مستويات:

- التدريب أثناء الدراسة بالمدارس أو الجامعات.

- التدريب الدوري أثناء ممارسة العمل.

- التدريب المتخصص قبل العمل لمدة لا تزيد عن 6 أشهر .

ويستهدف التدريب اكتساب الخبرة من ناحية التطبيق و الاستفادة من احدث ما توصل إليه العمل نظريا أو تطبيقيا.

- المتابعة: وهي عملية هامة لتأكد من سير العمل بالخطة في حدود الهدف المنشود.. بحيث يمكن تحديد نقاط الضعف والتوجيه المباشر والسريع لتلقي أي مشكلة في العمل قد تحدث مستقبلا.

- التقويم: و يعني تحديد قيمة الشيء من حيث ارتباطه بالهدف فهو عملية قياس مدى تحقيق الخطة لأهدافها وما هي الصعوبات التي تحول دون ذلك، وبالتالي إحداث تعديلات في بعض الإجراءات التنفيذية لإصلاح أوجه القصور أو الضعف.

وبهذا فصاحب السلطة داخل المستشفى سواء كان مدير المستشفى أو رئيس مصلحة، أن يسعى إلى تقديم الخدمات بأقل التكاليف الممكنة، ولا يكون هذا إلا بالعمل الجيد والجاد، مع القدرة الخارقة على مواجهة المشكلات الطبية والصعوبات الإدارية وتحسين الإنتاج وتطويره، إضافة إلى تحسين الخدمات وتخفيض تكاليف الإنتاج وضمان المصادر المالية و حسن استخدامها للكفل بصحة المواطن .

لكن عدم وجود مديرين متخصصين في إدارة المستشفيات و عدم تسييرهم الجاد للمصالح الاستشفائية ، وفق مبادئ الإدارة العملية يؤدي إلى اختلال التوازن الداخلي في المهام و. الوظائف الاستشفائية الممارسة وعدم توفير الجو الملائم للعمل واحتياجات العمل بين أعضائها مما يعيق أداء الخدمات الصحية، فيحدث مشاكل بين أصحاب السلطة الإدارية والطبية، التي ينتج عنها صراعات داخلية.²

¹ سلوى عثمانى الصديقي ، نفس المرجع السابق ، ص 271-273 .

² - سلوى عثمانى الصديقي ، نفس المرجع السابق ، ص 27

خلاصة:

تعتمد السلطة على التوجيه والتأثير من اجل إدارة أعضاء المنظمة وذلك بإشباع أنماط وأساليب التعامل التي تتوافق وخصائص الأفراد والجماعات، فهي تعطي للمسؤول الحق في أن يصدر أوامره إلى مساعديه بغرض القيام بأوجه النشاط المطلوبة لتحقيق أهداف المؤسسة ولا يعني وجود السلطة في يد المدير أن يستخدمها مطلقا لان السلطة أيا كان مصدرها تبقى هشة معرضة للزوال والاستبدال من طرف آخر، هذا ما يستدعي إعطائها نوعا من الحصانة والقدرة على التجديد للإبقاء عليها والتي تكون بالتصارع على اكبر قدر من الموارد النادرة والامتيازات الشخصية قصد المحافظة على مركز القوة داخل المنظمة، فالسلطة الإدارية والطبية داخل المستشفى تسعى جاهدة إلى فرض التواجد والشعبية من طرف العاملين والمرضى لضمان البقاء والاستمرار.

الفصل الثالث : علاقة القرار بالصراع و أساليب تحسين فعاليته

- تمهيد

3-1-1- القرار و أهميته داخل التنظيم

3-1-2- نظيرة اتخاذ القرارات لهربت سيمون

3-1-2- أهمية القرارات

3-1-3- أنواع القرارات

3-1-4- طبيعة القرارات

3-1-5- مستويات القرارات

3-1-6- العوامل المؤثرة في عملية اتخاذ القرارات

3-2- القرار و الصراع و آليات تسييرها

3-2-1- أساليب اتخاذ القرارات

3-2-2- مراحل اتخاذ القرارات

3-2-3- أهمية الفرد في اتخاذ القرارات

3-2-4- نماذج اتخاذ القرارات

3-2-5- أنماط أصحاب السلطة في اتخاذ القرارات

3-2-6- القرار و الصراع

3-3- القرار السلطوي و الاستشفائي و علاقته بالصراع

3-3-1- قرار السلطة الإدارية و علاقته بالصراع

3-3-2- قرار السلطة الإدارية داخل المستشفى

3-3-3- قرار مجلس الإدارة داخل المستشفى

3-3-4- قرار السلطة الطبية داخل المستشفى

3-3-5- قرار المجلس الطبي داخل المستشفى

3-3-6- العلاقة بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية في اتخاذ القرارات و أثره على

إحداث الصراع

- خلاصة الفصل .

تمهيد:

إن اتخاذ القرار وتنفيذه من الأهداف الأساسية لكل تنظيم بل من تصميم العمل اليومي لتسيير، فحياة المؤسسة تتوقف على طبيعة القرارات جماعية كانت أو فردية ، لكن ممارسة القرار عملية سياسية تتطلب كثير من الحنكة و التجربة ، تجعله أكثر قابلية للتنفيذ لان القطاع الصحي من التنظيمات المهنية المعقدة ذات التركيبة البشرية المختلفة ، قاعدتها الاستجابة من إدارتين تقنيتين أطباء على قدر كبير من التكوين و التحصيل الدراسي و العلمي الذين يشاركون في اتخاذ القرارات بالنظر إلى طبيعة النشاط ، لان الممارسة الميدانية أكسبتهم تأهيل لا يستهان بها ، و مع تضارب الأهداف يفقد القرار مصداقيته لابتعاده عن المشاركة المبنية على التشاور و الحوار بين أطرافه المتواجدة خاصة في السلم الإداري في كلا الطرفين قصد المساعدة المشتركة في تطوير جميع المنظمات بما فيها المنظمة الاستشفائية .

3 - علاقة القرار بالصراع و أساليب تحسين فعاليته:

3-1- القرار و أهميته داخل التنظيم:

3-1-1- نظرية اتخاذ القرارات (لهيرت سيمون):

ركز هيرت سيمون في نظريته على عملية اتخاذ القرار و الأثر المتبادل بين أعضاء التنظيم و يركز على التفاعل بينهم كمتغير أساسي يؤثر في تكويناتهم النفسية ، وبالتالي يؤثر في كيفية اتخاذهم للقرارات بحيث في تكويناتهم النفسية ، وبالتالي يؤثر في كيفية اتخاذهم للقرارات ، بحيث أن كل مدير عندما يتخذ قرارا عليه أن يأخذ بعين الاعتبار الآثار المتوقعة لهذا القرار ، ورد فعل المنتظر لدى أعضاء التنظيم.¹

حيث ينظر سيمون لتنظيم على انه هيكل رسمي يتم من خلال عمليات الاتصال التي تتم بين أعضاء التنظيم ، و الوظيفة الأساسية للتنظيم تتمثل في التحديد الواضح للإطار الذي سيتحرك فيه الفرد عندما يتخذ قراراته و يستطيع التنظيم أن يقوم بوظيفته هذه من خلال تحديد مسؤوليات كل عضو فيه ووضع الأهداف التي تحدد سلوكه ، و كذلك توضيح الميكانزمات اللازمة لانجاز مثل هذه القواعد الرسمية و توافر القنوات الموصلة للمعلومات ، ووجود برامج تكوينية تمكن الفرد من حصر البدائل التي يعتمد عليها في اتخاذ قراراته .

فإذن كل عضو في التنظيم يجب أن يعرف التي يتعين عليه انجازها ، كما أن تحديد نطاق مسؤولياته ووضوحها يمكنه من معرفة الوسائل اللازمة لانجاز هذه الأهداف.

- حيث أن أهم الأفكار التي اشتملت عليها نظرية هيرت سيمون .

إن محور العمل الإداري في أي تنظيم هو اتخاذ القرار الذي يبني على أساس هذه المفاضلة بين بدائل متعددة متاحة لانتقاء انسبها وأحسنها وفق الظروف البيئية المحيطة بمتخذ القرار، إذ تلعب العوامل البيئية دورا مؤثرا و بارزا في عملية اتخاذ القرار و تنفيذه باعتبار التنظيم نظام مفتوح .

- الرشد التنظيمي (العقلانية):أوضح سيمون أن هناك نوعين من الرشد التنظيمي هما :

أ - الرشد المثالي: و يعبر عن سلوك أو التعرف الذي يصدر عن متخذ القرار في ظل إمكانيات مفترضة.

ب - الرشد الواقعي: و يعبر عن الرشد العقلاني في اتخاذ القرار في ظل الإمكانيات المتاحة مع الأخذ بعين الاعتبار قيود البيئة المفروضة

- السلوك التنظيمي: حيث أن سلوك الفرد يحدد بحالته الداخلية ساعة العمل وبالمؤثر الخارجي فمن الضروري استخدام المشجعات و المعنويات لتشجيع و تحفيز الأفراد للإسهام في التنظيم لتحسين السلوك التنظيمي

¹ - السيد الحسيني ، علم الاجتماع التنظيمي ، الإسكندرية ، مصر ، ص312

- التوازن التنظيمي: وذلك عن طريق التوازن بين المساهمات التي تعبر عن جهد الفرد و نشاطه ووقته وخبرته ومهارته ومؤهلاته، وبين المغريات التي تعبر عن الحوافز بمختلف أنواعها والتي بواسطتها يتمكن من إشباع حاجاته ورغباته وبالتالي أهدافه وأهداف المنظمة.¹
 - كما يصنف هيربرت سيمون الصعوبات التي تواجه عملية اتخاذ القرارات كما يلي :
 - المهارات والعادات والانعكاسات غير الشعورية، وهي التي تحدد بصورة آلية أداء الفرد، وما يسبقه من قرارات، وتبدو هذه الصعوبات واضحة على المستوى الفني للتنظيم الذي أولته النظريات الكلاسيكية اهتماما كبيرا
 - هناك مجموعة من الضغوط التي تعرض سلوك الفرد الرشيد إلى التدهور و الذي ينشأ من الدوافع و القيم و الولاء الشخصي ، الذي يكون متعارض مع الأهداف العامة للمنظمة .
- 3-1-2- أهمية القرارات :**

- بما أن عملية صنع القرار و اتخاذه من الموضوعات ذات الأهمية الكبرى بالمؤسسات الخدمائية أو الإنتاجية عامة كانت ، و بهذا يمكن إجمال أهمية القرارات في الجوانب التالية :
- تعتبر عملية اتخاذ القرارات وسيلة علمية وفنية تابعة لتطبيق السياسات بصورة علمية .
 - تلعب القرارات الإدارية دورا فعالا في القيام بالعمليات الإدارية، مثل التخطيط، التنظيم و الرقابة
 - تكشف القرارات الإدارية عن سلوك و مواقف الرؤساء الإداريين ، كما تكشف عن القوى و العوامل الداخلية و الخارجية على متخذي القرارات الإدارية الأمر الذي يسهل عملية رقابة هذه القرارات .
 - تعتبر القرارات بمثابة قياس مدى قدرة الرؤساء الإداريين على القيام بالوظائف والمهام الإدارية المطلوب تحقيقها بأسلوب علمي و عملي رشيد.²

ونظرا لأهمية اتخاذ القرارات داخل المؤسسات اهتمت بعض المؤسسات بتحسين عملية صنع القرارات بحيث تعطي برامج تدريبية متخصصة في عملية صنع القرارات لفئة المديرين و الواقع أن معظم القرارات الخاطئة ترجع أيضا إلى النقص في المعلومات المتاحة أو إلى الضغط من جانب الرؤساء .

وهذا إذا ضغطت عليه الإدارة العليا للإسراع في اتخاذ القرار، وحتى لا يظهر أمامها بمظهر المدير الغير كفي، فإنه يتخذ قرارا غير واضح بحيث يمكن التهرب من مسؤوليته إذا ثبت عدم صحته. فاتخاذ القرار مسؤولية كبيرة تقع على عاتق متخذ القرار من اجل حل المشاكل ، والتغلب على الصعاب التي يواجهها العمال في الحياة العملية ، لذا يجب نجاعة القرار حتى يستطيع أن يحقق أهداف المؤسسة.³

3-1-3- أنواع القرارات:

¹ - فارق مداس ، التنظيم و علاقات العمل ، مرجع سابق ، صفحة 75

² - عمار بوحوش ، الاتجاهات الحديثة في علم الإدارة ، المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، بدون طبعة ، 1984، ص 158

³ - عادل حسن : الإدارة مدخل الحالات ، كلية التجارة جامعة الإسكندرية ، مصر ، دون سنة ، ص 59

يختلف القرار الإداري الذي يتخذه المدير باختلاف المركز الإداري الذي يشغله داخل المؤسسة ، و مدى الصلاحيات التي يتمتع بها إلى جانب البيئة التي يعمل ضمنها ونتيجة هذا الاختلافات الكبيرة في القرارات يتم تصنيفها إلى الأنواع التالية.¹

- أ - من الناحية القانونية للقرار: تنقسم القرارات وفق هذا المعيار إلى أربعة أنواع.
- مدى شمولية القرار وعموميته: كاللوائح التنظيمية و السلطات و السياسات في المؤسسة.
 - القرار الفردي المتعلق بمخاطبة فرد معين كقرار التعيين .
 - تكوين القرار : يضم قرارات بسيطة لها كيان مستقل و اثر قانوني سريع كتعيين وظائف أو مكافآت .

-قرارات مركبة تتألف من عملية قانونية تتم على مراحل عديدة كإجراء منافسة أو مزايمة .

ب - القرارات التي تؤثر على الأفراد و هي تضم :

- قرارات ملزمة ، كالأوامر الإدارية .
- قرارات لا تحمل صفة الإلزام ، كالمنشورات والتعليمات التي توضح إجراءات العمل.
- قابلية القرار الإداري للإلغاء و التعويض كقرارات الفصل و الصعوبة ، و قرارات غير قابلة للإلغاء أو التعويض ، كقرارات الفصل و الصعوبة ، و قرارات غير قابلة للإلغاء أو التعويض ، كالأعمال التنظيمية التي يصدرها مجلس الإدارة .

ج - حسب طبيعة القرار و تقسم وفق المعيار إلى ثلاث أنواع :

أ - القرارات الأساسية والروتينية: فالقرارات الأساسية، تتطلب القيام بعدة إجراءات لمعالجة المشكلات المعقدة التي تتطلب اهتماما خاصا، وهي لا تتكرر باستمرار أو يغلب على هذه القرارات الالتزام بتنفيذها لفترة طويلة، وتتطلب الدراسة والعناية والتحليل الخاص للنواحي المالية والاقتصادية الاجتماعية.²

بينما القرارات الروتينية المكررة باستمرار، لا تحتاج إلى دراسة و تحليل و جهد ذهني في اتخاذها ، تتخذ لتعالج الأعمال المنكررة ، كالرقابة على الخدمة المقدمة .

ب - القرارات التنظيمية والفرديّة: تتعلق بعمل ونشاط المؤسسة و يتخذها المدير كقرارات منظمة لقواعد عامة، و التي تنطبق على عدد غير محدود من الأفراد.³ أما القرارات الفرديّة فتتميز بأنها شخصية موجهة إلى فرد واحد أو أفراد معينين بذاتهم و ليست لها صفة رسمية.

وقد ميز العالم برنارد شستر بين القرارات التنظيمية و الفرديّة، فأشار إلى أن القرارات التنظيمية تتخذ من طرف المدير من خلال سلطة رسمية معبر عن دوره كمسؤول إداري في المؤسسة، أما القرارات

¹ - عامر نصر المنصورة ، القرارات الإدارية - مفاهيم و طرق كمية إدارية مكتبة الحامد للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2000 ص 25

² - عادل حسن مرجع سابق ، ص 22

³ محمد عبد الفتاح الصريفي ، مفاهيم إدارية حديثة ، جميع الحقوق محفوظة ، ط1 ، الإصدار 1 ، 2003 ، ص61

الفردية تعبر عن المدير كفرد في المؤسسة وليس كمسؤول فهي لا يمكن أن تفوض وليس لها أي تأثير على المؤسسة.¹

ج - القرارات المبرمجة والقرارات الغير مبرمجة :

أ - القرارات المبرمجة: تكون معايير الحكم فيها عادة واضحة ، تتوفر على معلومات كافية ، و من السهل تحديد البدائل فيها و يوجد تأكيد فيها بان البديل المختار سوف يحل المشكلة بفعالية، كما أنها قرارات روتينية متكررة إجراءاتها معروفة مسبقا ، لتحديد طريقة التعامل معها .

ب - القرارات الغير مبرمجة : تظهر الحاجة لاتخاذها عندما تواجه المؤسسة مشكلة لأول مرة و لا توجد خبرات سابقة بشأن كيفية حلها ويصعب تجميع المعلومات الكافية عنها، بحيث لا توجد معايير واضحة لتقديم البدائل، لذا فان كل قرار يتخذ وفقا للمتطلبات وظروف خصائص المشكلة، وعلى متخذ القرارات غير المبرمجة أن يستخدم حكم الشخصي ورؤيته للمشكلة و هي قرارات غير متكررة وكل منها له طبيعة متغيرة.²

- كما قسم هيرت سيمون القرارات إلى نوعين :

أ - قرارات غير مبرمجة: تعد بقصد معالجة المشاكل المعقدة التي تتطلب اهتماما خاصا.

لا تذكر باستمرار وهي ذات الصفة الدائمة و الاختلال و القصور في تنفيذها يهدد المؤسسة ويعرضها للخسائر وتحتم طبيعة هذه القرارات و أهميتها و أثرها مستقبلا و فعالية المؤسسة تتخذ في مستويات الإدارة العليا ، التي تقوم بتحديد الأهداف و رسم السياسات ، أما القرارات المبرمجة فتتخذ في مستويات التنفيذ³

ب - قرارات حسب بيئة القرار الإداري : وتقسم القرارات وفق هذا المعيار

قرارات تبعا لدرجة التأكد : و هي القرارات التي تتخذ في حالة التأكد التام من طبيعة المتغيرات ونوعيتها التي تؤثر في اتخاذ القرار والقدرة على تنفيذه وآثارها و تكون معروفة مسبقا و النتائج أيضا .
قرارات تبعا لدرجة المخاطرة : و هي القرارات التي تتخذ في ظروف و حالات محتملة الوقوع ، وعلى متخذ القرارات أن يقدر الظروف و المتغيرات محتملة الحدوث في المستقبل ، و كذلك درجة احتمال حدوثها.⁴

وهناك أنواع من القرارات التي نذكر منها :

أ - القرارات التشغيلية هي تلك القرارات الضرورية من اجل التسيير العادي لنشاط المؤسسة ، مبرمجة سريعة ، آلية ، و بالتالي يمكن دراستها و تنظيمها بصفة دقيقة و تكون على الشكل التالي :

في حالة (أ) افعل كذا و في حالة (ب) افعل كذا.

1 - نادية أيوب ، نظرية القرارات الإدارية ، دار زهران ، عمان ، الأردن ، 1993 ، ص43

2 - عبد الرحمان الصباح ، نظم المعلومات الإدارية، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، عمان، الأردن، 1998 ، ص198

3 - محمد عبد الله الرحيم ، أساسيات الإدارة و التنظيم ، كلية التجارة ، جامعة القاهرة ، ط 2 ، 1992 ، ص141

4 - إبراهيم بدر الشهاب ، معجم مصطلحات الإدارة العامة ، الإسكندرية ، مصر ، بدون سنة ، ص 240

ب -القرارات الإستراتيجية : هي القرارات التي تؤثر على الهيئة الصحية برمتها ، تبذل فيها جهود كبيرة للبحث عن البدائل التي غالبا ما تكون مركبة ، نتيجة تغير في المحيط أو عن طريق مبادرة شخصية .

فالقرارات الإستراتيجية تؤثر على القرارات الأخرى ، كفتح مصلحة جديدة يتطلب موارد مادية و بشرية و مالية جديدة ، و بالتالي فهل القرارات الإستراتيجية تكون حkra على المدير أو مجلس الإدارة أو الإطارات فقط دون غيرهم ؟ و الجواب يكون بالنفي ، فمرض يعمل بمصلحة الاستعجالات الطبية في قطاع صحي ما ، يلاحظ في فترات متناوبة الزيادة الكبيرة في عدد المرضى المصابين باضطرابات نفسية أو أعراض لأمراض عقلية الذين تقدموا لطلب العلاج ، يرفع الملاحظة إلى طبيب رئيس المصلحة الذي بدوره يقترح استحداث قسم الأمراض العقلية بطلب إلى المجلس الطبي الذي يعرض المشروع في شكل اقتراح على المدير الذي يتبناه و يعده للمصادقة عليه من طرف مجلس الإدارة .

ج - **القرارات التسييرية:** هي القرارات التي تتخذها الإطارات الوسطى ، لتسيير نشاطات القاعدة وفق الخيارات الإستراتيجية التي تتخذها الإدارة.¹

3-1-4- طبيعة العلاقات :

أيا كانت حنكة وتجربة متخذ القرار، فكثيرا ما يعتريها الغموض الذي قد يكون مقصودا ، لتضارب مصالح المعنيين بتطبيقه، فيحدث في التجسيد وأخيرا الرشد المحدود أ -القرار بين واقعية الصراع و صعوبة التجسيد : إن تجسيد القرارات المتخذة غالبا ما ينطوي على نقائص ، فالنتائج المحققة تبقى بعيدة عن الأهداف المسطرة .
فما هي الإشكاليات التي يطرحها القطاع الصحي من الناحية التنظيمية ، والتي لها تأثير مباشر على عملية صنع اتخاذ القرار . ؟

- عدم كفاءة الأجهزة البيروقراطية التي غالبا ما تكون عاجزة عن القيام بالمهام المنوطة بها .
- عدم التلاؤم بين أهداف المنظمة الصحية و الأهداف المعتمدة ، مع وجود تقديرات تفاؤلية اكبر من اللزوم .
- غياب التناسق بين مختلف الوحدات ، كل وحدة لا يهتما من التنظيم لا المصلحة الشخصية للوحدة دون غيرها .
- **صعوبة وضع آليات الرقابة:** إذ أن القاعدة الإنتاجية في القطاع الصحي تتكون من مهنتين ذوي كفاءات وخبرات عالية والتي توجب استقلالية أثناء مزاوله النشاط و التي بإمكانها تغيير الاستراتيجيات التي تراها مناسبة لخدمة المصلحة العامة قد لا تتلاءم حتما مع القرارات الرسمية .

¹ -H . mintzberg : Structure et dynamique des organisation .2 les éditions d'organisation , année 1982- page 75

فإن التنظيمات المهنية، فضاءات سياسية، تعبر عن مصالح مجموعات الضغط مختلفة ومتعددة الأهداف متضاربة المصالح ، فالقرارات لن تكون إلا عن طريق التفاوض والإقناع والتحالفات التي تكون ظرفية في غالبية الأحيان، كالمصادقة على منح علاوات المردودية في جلسة من جلسات مجلس الإدارة في إطار قانوني وفي نفس الوقت مبني على برامج أو قرارات استراتيجية، ما كانت لتكون لولا هذا التنازل والذي يصبح من آليات ممارسة السلطة لخدمة أهداف المؤسسة.

ب - الغموض: اتخاذ القرار بمسؤولية و عقلانية يمكن من قياس مدى الخلاف بين النتائج المحققة و الأهداف المسطرة ، مع الأخذ بعين الاعتبار تضارب المصالح و ما ينجم عنه من صراعات ، تجعل الغموض في الاستراتيجيات لا يعتبر قصورا بالنسبة لأصحاب القرار و إنما من الأساسيات التي لا يمكن إغفالها عن وضع سياسات اتخاذ القرارات.¹

3-1-5- مستويات القرارات :

إن المساهمة في اتخاذ القرارات لها أهمية سواء بالنسبة للأفراد الذين يحتلون مراكز القيادة العليا ، أو القيادة الوسطى أو الفئة الثالثة من المساعدين على التنفيذ ، و لكل شخص رأيه في الموضوع ، الذي يرتبط بواجباته اليومية ، و في ضوء ذلك تتخذ السلطة صاحبة الاختصاص القرارات النهائية التي تصدر القرارات النهائية ، وهي قرارات تنظيمية تعبر عن واقع موجود بالمنظمة، وقد تكون قرارات تنازلية أو تصاعدية وقرارات ناتجة عن المبادرة الشخصية .

أ -قرارات تنازلية : هذا النوع من القرارات يصدر من المستويات العليا ، ينطبق بصفة خاصة عن القرارات المبرمجة أو الجديدة ، و التي ينوي صاحب السلطة إصدارها وتوزيعها في شكل تعليمات على جميع العاملين بالمنظمة .

كما أن القرارات العضوية تختص بدراسة المشاكل الغامضة ، والتي تعتبر معقدة ولا يبحث فيها إلا من طرف الكبار المسؤولين في القيمة، الذين يحق لهم وضع الأهداف ورسم السياسات في مستويات المنظمة العليا .

ب - قرارات تصاعدية : هي عبارة عن ملاحظات و آراء تتبع عن مستويات قاعدية و ترفع المسؤولين لاتخاذ القرار النهائي بشأنها ، في العادة تكون الحالات التي ترفع تقارير إلى كبار المسؤولين قد جاءت نتيجة لصعوبة في علاج قضايا معينة عن مستوى الإدارة الدنيا، أو نتيجة لضعف مقدرة المسؤولين، أو لعدم وجود سوابق أو قوانين أو إجراءات يمكن أن يهتدي بها ، أو بسبب وجود أوامر متناقضة .

كما نجد في القرارات التصاعدية صعوبة نقل الآراء و الأفكار التي يجوز للعمال البسطاء حلها، و التي يمكن أن تؤدي في بعض الأحيان إلى نجاعة القرار الذي يهدف إلى تحقيق نجاح المؤسسة .

¹ - Jeans Manch , Décision et organisation , les éditions , d'organisation paris , année 1991-
page 68

ج - قرارات ناتجة عن المبادرة الشخصية : إن القرارات الناتجة عن المبادرة الشخصية ، هي معظم القرارات الروتينية ، وتدخل في إطار الصلاحيات المعطاة للمنفذين ، ومساعدتهم . ويغلب عليها طابع التنفيذ واختيار أسلوب الملائم لتحقيق الأهداف المرسومة وهناك من يعتبر القرارات الناتجة عن المبادرة الشخصية خير دليل على كفاءة الإداري ومعرفته بحقائق مركزه و جذور سلطته .
فهذا النوع من القرارات يرفع الروح المعنوية للمنفذين ، مما يسمح لهم بالعمل و تطوير الإنتاج ، إضافة إلى ذلك تسمح هذه القرارات في بعض الأحيان إلى تحقيق الهدف الذي أقيمت من اجله المؤسسة .

إلا أن بالرغم من ايجابيات هذا النوع نلاحظ أن هناك سلبيات له ، حيث تتمثل في القرارات التي يقترحها هؤلاء المنفذين ، فقد تكون غير مؤكدة لذلك يجب التحقق منها قبل تنفيذ القرارات.¹
إضافة إلى اقتراح بعض القرارات التي تخدم أغراض شخصية لأصحاب السلطة ، بحثا عن النفوذ و القوة و السيطرة ، فيخلق مشاكل تنظيمية لان الهدف الأساسي هو التسارع من خلال المركز السلطوي لتحقيق أكثر المصالح الشخصية ، مما ينعكس بالسلب على نوعية العلاقات التي تجمع بين أصحاب السلطة فيما بينهم و أصحاب السلطة والمنفذين.²

3-1-6- العوامل المؤثرة في عملية اتخاذ القرارات :

تتأثر القرارات الإدارية بعوامل عديدة قد تعيقها عن الصدور بالصورة الصحيحة ، أو قد تؤدي إلى التأخر في إصدارها، أو تلقى الكثير من المعارضة سواء من المنفذين بتعارض القرارات مع مصالحهم و من هذه العوامل المؤثرة في اتخاذ القرارات الإدارية نجد:

- تأثر البيئة الخارجية: إن المؤسسة تمثل إحدى خلايا المجتمع وهي تتأثر بها مباشرة، ومن العوامل الخارجية التي تؤثر على عملية القرارات هي العوامل الاقتصادية ، سياسية والاجتماعية، التقنية والقيم والعادات، والقواعد الحكومية والرأي العام و السياسة العامة لدولة، يضاف إليها مجموعة القرارات التي تتخذها المؤسسات الأخرى في المجتمع سواء كانت منافسة للتنظيم أو متعاملة معه، إذ أن كل قرار يتخذ في مؤسسة ما لابد أن يتأثر ويعمل ضمن إطار القرارات التي اتخذتها المؤسسة الأخرى ، كالوزارات والتنظيمات المتعددة .

- تأثير البيئة الداخلية: يتأثر القرار بالعوامل البيئية الداخلية في المؤسسة من حيث حجمها ومدى نموها وعدد العاملين فيها والمتعاملين معها ، و يظهر هذا التأثير من نواح مختلفة ترتبط الناحية الأولى بالظروف الداخلية المحيطة باتخاذ القرار ، ترتبط الناحية الثانية بتأثيره على مجموعة الأفراد في

¹ - فضل الله علي فضل الله ، نظريات التنظيم الإداري ، الإمارات المتحدة العربية ، 1981 ، ص 100 - 103

² - فضل الله علي فضل الله ، نظريات التنظيم الإداري ، الإمارات المتحدة العربية ، 1981 ، ص 100 - 103

المؤسسة ، بينما الناحية الثالثة فتتعلق بالموارد المالية ، و البشرية و الفنية ، لذلك تعمل الإدارة على توفير الجو الملائم و البيئة المناسبة لكي يتحقق نجاح القرار المتخذ .

ومن العوامل التي تؤثر على اتخاذ القرار تلك التي تتعلق بالهيكل التنظيمي، وطرق الاتصال والتنظيم الرسمي وغير الرسمي، وطبيعة العلاقات الإنسانية السائدة وإمكانيات الأفراد و قدراتهم، ومدى تربيتهم لمواجهة المشاكل التي تستدعي الحل¹

- العوامل النفسية : تعتبر العوامل النفسية سواء لمتخذي القرارات أو المساعدين تأثير كبير على القرارات التي يتخذونها في محيط العمليات الإدارية المختلفة ، حيث يعود الفضل في إبراز أهمية الجوانب النفسية و أثارها على عملية اتخاذ القرارات في المؤسسات إلى هيرت سيمون إذ جعل الجوانب النفسية هي المتحكمة في سلوك الفرد المتخذ للقرار، ولذلك يصبح تأثير هذه الجوانب النفسية تأثيرا سلبيا إذا اتخذ القرار تحت ضغوطات نفسية حيث أن هذه الضغوط تؤثر على حرية الفرد في اتخاذ القرار فتصبح حرية الفرد مقيدة بهذه الضغوط .

- توقيت اتخاذ القرارات : يعتبر عامل الوقت من العوامل الرئيسية في اتخاذ القرارات في المؤسسة الإدارية ، خاصة و أن كثير من القرارات التي لها تأثير كبير على روح العمل بالمنظمة فيرغب الأفراد دائما أن يعرفوا القرار في الوقت المعين حتى يستطيعوا القيام بدورهم المطلوب في الوقت المناسب، كما يرغب الرؤساء أن يحاطوا علما بالقرارات التي تصدر قبل أن يعرفها مساعديهم و مرؤوسيه² و الفكرة الرئيسية للتوقيت هي :

+الإحساس بدرجة السرعة في اتخاذ القرار ، فهناك قرارات يلزم اتخاذها في اللحظات ، و هناك قرارات يمكن تأجيل اتخاذها .

- الشعور بان المشاكل والأحداث المتداخلة، بحيث أن الوقت الذي يتخذ فيه القرار بالنسبة لمشكلة منها يلعب دورا هاما بالنسبة للمشاكل الأخرى، لذلك يجب توقيت القرارات لحل المشاكل المختلفة، وفق خطة معينة حتى لا يحدث تعارض بينهما³

- مدى توفر المعلومات: تتأثر القرارات التي تتخذ في المؤسسة الإدارية سلبيا أو ايجابيا بالبيانات و المعلومات على عدة جوانب منها :

- الأسلوب الذي تستخدمه الإدارة في الحصول على هذه البيانات شاملة و دقيقة .

- مدى توفر قنوات الاتصال التي تسمح بمرور وانسياب هذه المعلومات من مصدرها إلى

متخذي القرارات بحيث تسمح بالحصول على البيانات.⁴

1 - نادية أيوب ، مرجع سابق ص 65

2 - محمد بهجت جاب الله كشك ، مرجع سابق، ص 270

3 - عادل حسن ، مرجع سابق ، ص 24

4 - سعد بن عامر ، الاتصالات الإدارية و المدخل السلوكي لها ، دار المريخ ، الرياض ، 1986 ص 332

مدى توفر الموارد المالية و البشرية التي تساعد على هذه البيانات ، و نلاحظ أن كل هذه العناصر تؤثر على متخذي القرارات سواء الوقت أو البيئة الخارجية و الداخلية ، بالإضافة إلى وجود عناصر أخرى تؤثر بقوة في اتخاذ القرار من بينها : التخطيط الغير السليم و البيروقراطية التي تعتبر من عوائق اتخاذ القرار ، إضافة إلى المركزية الشديدة و عدم تفويض السلطة بسبب احتكار المنصب ، و فرض القوة و النفوذ مما يعيق عملية اتخاذ القرارات أو تقبلها في الإدارات الوسطى و الدنيا .

3-2- القرار و الصراع و آليات تسييرها :

3-2-1- أساليب اتخاذ القرارات :

هناك أسلوبين في اتخاذ القرارات هما :

أ - القرارات التقليدية في اتخاذ القرارات : و يقصد بالأساليب التقليدية تلك التي تقتصر التدقيق و التمحيص العلمي ، و لا تتبع المنهج العلمي في عملية اتخاذ القرارات التي كانت تستخدم أسلوب التجربة و الخطأ في حل مشاكلها معتمدة اعتمادا كلياً على مجرد الخبرة السابقة و التقدير الشخصي للإداريين ، حيث كانوا يتخذون قراراتهم استناداً إلى الفهم و المنطق و الخبرة السابقة ، و أهم الأساليب التقليدية في اتخاذ القرارات و التي كشفت عنها دراسات و أبحاث الإدارة هي : التجربة ، المشاهدة و التلقي

- الخبرة : و هو ما يتحصل عليه المدير من التجارب أثناء أدائه لمهامه الإدارية ، يخرج منها بدروس تنير له الطريق نحو العمل في المستقبل ، و هذه الدروس المستفادة من التجارب الماضية غالباً ما تكسب المدير المزيد من الخبرة ، التي تساعده على الوصول إلى القرار المطلوب .

و رجع جنور هذا الأسلوب إلى المدرسة التقليدية ، حيث يعتبر رانس من روادها الأوائل ، بأن هذه المدرسة تقوم بدراسة الإدارة من خلال تحليل و دراسة المواقف و الحالات السابقة .

و في مجال اتخذ القرارات ترى هذه المدرسة بأنه يمكن لمتخذي هذه القرارات الاستفادة من خبرات المديرين الآخرين داخل المنظمة أو خارجها و ذلك من خلال دراسة حالات النجاح التي حققها بعض المديرين ، وكذلك الأخطاء التي ارتكبها و المحاولات التي تمت لتغلب على مشكلة معينة .

ولا تقتصر الخبرة المعينة في هذا الأسلوب على خبرة المدير متخذ القرار ، ولكن يمكن التعلم والاستفادة من خبرات و تجارب المديرين السابقين الذين تقاعدوا عن العمل.¹

والاعتماد على هذا الأسلوب يترتب عنه بعض المخاطر ، حيث أن المشكلات القديمة أو الباطلة قد تكون مختلفة عن المشكلات الجديدة ، وهنا يصبح من غير المناسب تطبيق الدروس المستفادة من تجارب الماضي عن تجارب الحاضر .

¹ نواف كنعان ، اتخاذ القرارات الإدارية (بين النظرية و التطبيق) ، مكتبة دار الثقافة لنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، ط 5 ، 1998 ، ص 46 ، 181

وبالرغم من هذه المخاطر للأسلوب التقليدي لاتخاذ القرارات فإنه لا يقلل من أهميته وغيره من الأساليب و إذا وجد أن نتائج القرارات غير مرضية يمكنه من دراسة الظروف والعوامل التي أدت إلى عدم نجاحها ليتجنبها .

- إجراء التجارب : بدأ تطبيق أسلوب إجراء التجارب في مجالات البحث العلمي ، ثم انتقل تطبيقه إلى الإدارة للاستفادة منه في مجال اتخاذ القرارات ، و ذلك بان يتولى متخذ القرار نفسه إجراء التجارب باعتبار أن جميع العوامل الملموسة و غير الملموسة و الاحتمالات المرتبطة بالمشكلة محل القرار، حيث يتوصل من خلال هذه التجارب إلى اختيار البديل الأفضل معتمدا هذا الاختيار على خبرته العملية ، و من مزايا هذا الأسلوب انه يساعد المدير متخذ القرار على اتخاذ احد البدائل المتاحة لحل المشكلات ، و ذلك من خلال إجراء التجارب على هذا البديل و إجراء تفسيرات أو تعديلات على هذا البديل بناء على الأخطاء و التغيرات التي تكشف عنها التجارب أو التطبيقات العملية ¹.

و من عيوب هذا الأسلوب انه باهض الثمن و يستفيد الكثير من الجهد و الوقت للمدير متخذ القرار، إذ ينبغي لإجراء التجارب الحصول على المعدات و الأدوات و القوى العاملة اللازمة من اجل تحقيق هذه التجارب البديهية ، والحكم الشخصي يعني هذا الأسلوب استخدام المدير حكمه الشخصي واعتماده على السرعة البديهية في إدراك العناصر الرئيسية الهامة للمواقف و المشكلات التي تعرض له و التقدير السليم أبعادها ، وتبدوا صعوبة ومخاطر استخدام هذا الأسلوب في انه يقوم على أسس شخصية نابعة من شخصية المدير و قدراته العقلية و اتجاهاته و خلفياته النفسية و الاجتماعية ، هذه كلها سمات وقدرات تختلف باختلاف المجتمعات و البيئات .

إلا أن هذا الأسلوب يمكن أن يكون مجديا في اتخاذ القرارات الغير استراتيجية التي يكون لها تأثير محدود كذلك في المواقف الطارئة التي تتطلب مواجهة سريعة ، كما أن من مزاياه انه يساعد على استغلال بعض القدرات و المهارات لدى بعض المديرين كالقدرة على التصور و القدرة على المبادرة و الابتكار و القدرة على تحمل المسؤولية ، هذه كلها قدرات تمكن المدير من اتخاذ قرارات صائبة دون تردد.

- **طريقة دلفي:** و هي طريقة تقليدية للحصول على رأي مجموعة من الخبراء و التوفيق بينها، وهي طريقة المناقشة الحرة المفتوحة بين اللجان التي تسعى إلى الوصول لرأي مشترك، حيث يقوم مجموعة من الخبراء باستقصاء يجرى وفق أصول معينة الذي يقلل من نشاط اللجان وأعمالها، و من اثر العوامل الشخصية و النفسية في مناقشات اللجان والأخذ برأي الأغلبية، و تتم طريقة دلفي عن طريق إرسال استفسارات إلى مجموعة من الخبراء حول مواضيع معينة ، و على ضوء إجابات توضع أسئلة

جديدة و هكذا تتركز العملية على هذا التوزيع عدة مرات في أغلبية الحالات ، و بصفة عامة تصح طريقة دلفي لصنع القرارات في شتى الميادين ¹.

- الأساليب العلمية في اتخاذ القرارات :

من أهم الأساليب التي تسهم في ترشيد عملية اتخاذ القرارات نجد :

- **أسلوب شجرة القرارات:** ترجع جذور أسلوب شجرة القرارات إلى مدخل النظم في اتخاذ القرارات والذي يعود إلى التفاعل بين الأدوات و الوسائل المستخدمة لاتخاذ القرارات ، وبين البيئة المحيطة باتخاذ القرارات و قد تصور لنا كونتر و وادانيل هذا الأسلوب على شكل شجرة تتفرع منها ثلاث متغيرات هي البدائل المطروحة لحل المشكلة ، موضوع القرار والاحتمالات التي تمثل الكسب المتوقع أو الفشل، والقيم أن كانت هناك مشكلة يواجهها المدير و كان أمامه بديلان وقرر اختيار احدهما .

فهو ينتقل إلى مشكلة أخرى قد تواجهه، فأسلوب شجرة القرارات كغيره، من الأساليب العلمية، تمكن متخذ القرار من رؤية البدائل المتاحة والأخطار والنتائج المتوقعة بوضوح، إلا أن تطبيق هذا الأسلوب بفعالية يتطلب استعانة متخذ القرار وخاصة في المواقف والحالات غير مؤكدة ، أو في المواقف المعقدة بالحاسوب الالكتروني لتقدير وتحديد درجة الاحتمالات المتوقعة .

- أسلوب دراسة حالة : يعتبر هذا الأسلوب العلمي من الأساليب العامة المستخدمة في مجال اتخاذ القرارات ، إذ انه يساعد على تطوير و تحسين قدرات و مهارات المديرين على تحليل و التفكير الابتكاري لحل المشاكل الإدارية التي تواجههم و يقوم الأسلوب بدراسة الحالات ، على تعريض و تحديد المشكلة محل القرار و التفكير في أسبابها و أبعادها و جوانبها المختلفة ، و تصور الحلول البديلة لها استنادا إلى المعلومات المتاحة عن المشكلة كما أن هناك عدة وسائل تساهم في تطبيق أسلوب دراسة الحالات بفعالية ، أسلوب التدريب على الذي يهدف إلى تدريب المدير على كيفية اتخاذ القرارات في المواقف المتشابهة التي تواجهه في عمله ، و كذلك طريقة تلقيه مجموعة من الرسائل البريدية التي ما تتضمنه من معلومات مختلفة و يطلب منه اتخاذ القرارات على ضوء ما تتضمنه من معلومات ، ويهدف هذا الأسلوب التدريبي إلى دراسة الحالات و ليس فقط على كيفية استخدام قدراتهم في التحليل والتقدير لحل المشاكل التي تواجههم ²

- طريقة بيرت : تعرف باسم طريقة (الدرب الحرج) وهي طريقة حديثة تساعد على عرض القرارات الرشيدة في الإدارة و تستهدف إلى التحديث و التنظيم ما ينبغي أن تعمل من اجل تحقيق أهداف محددة في زمن معين و تعتمد في استخداماتها على عدة مفاهيم و مصطلحات أهمها :

- **المرحلة :** و هي بداية كل مهمة أو نهايتها .

¹ - جميل توفيق احمد ، إدارة الأعمال ، المكتب العربي ، القاهرة ، 1975 ، ص111

² - كيت كينان ، أسس الإدارة الناجحة ، ترجمة مركز التعريب نعمة سليمان ، الدار العربي للعلوم لبنان ، ط 1، 1995، ص 21 .

- **العملية** : و هو ما يترتب بين المرحلتين في هذه الشبكة ، المرحلة السابقة و هي التي تسبق مرحلة أخرى دون الوسط ، مرحلة وثيقة ، مرحلة لاحقة ، و هي تأتي مباشرة بعد مرحلة أخرى .

- **الشبكة** : و هي العلاقات التي تربط بين العمليات و المراحل

- **زمن العملية** : و هو تقدير الزمن التي تحتاج إليه كل مرحلة من المراحل السابقة.¹

ومن هنا نرى أن عملية اتخاذ القرارات تتطلب الاستعانة بالأساليب التقليدية و العلمية على حد سواء في اتخاذ القرارات ، فالأساليب التقليدية متمثلة في قدرات المدير الشخصية و خبراته و تجاربه و ما لديه من معرفة تساعده على البحث و التحليل ، و التفكير لحل المشكلة و التي لا تكفي لوحدها لتحقيق الهدف لذا لا بد من وجود أساليب العلمية لتحقيق التكامل من اجل مواجهة المشاكل الإدارية المعقدة و إيجاد حلول صائبة .

إلا انه عدم العلم بتلك الأساليب و اختيار أنجعها لحل المشكلات يولد اختلال التنظيم الداخلي للمؤسسات الذي تسوده روح عدم التفاهم و التعاون بين أعضائه نتيجة تسارع أصحاب السلطة لاتخاذ القرارات التي تحقق مصلحتهم الشخصية على حساب مصلحة المؤسسة العامة.

3-2-2- مراحل اتخاذ القرارات :

تمر عملية اتخاذ القرارات بالخطوات التالية :

- أ - **تحديد المشكلة** : يعتبر تحديد المشكلة الخطوة الأولى في عملية اتخاذ القرار الرشيد و تحديد المشكلة يعني تحديد الهدف الذي من خلاله تتخذ القرارات
- ب - **تحليل المشكلة** : هي المرحلة الثانية في عملية اتخاذ القرار ، تتمثل في الحصول على معلومات و بيانات و دراستها .
- ج - **تحديد البدائل** : تتوقف مدى سهولة هذه الخطوة على طريقة معالجة الخطوتين السابقتين بدقة ووضوح ، و تظهر البدائل على شكل وعود و لن توجد حاجة إلى اتخاذ القرارات في حالة وجود بديل واحد و إنما يتعدى وجود أكثر من بديل مع النظر إليهم نظرة موضوعية خالية من العواطف ، و يجب أن تكون منسجمة مع الأهداف المراد تحقيقها²
- د - **تقييم البدائل** : تعتبر هذه المرحلة من المراحل الشاقة و الصعبة ذلك أن مزايا و عيوب البدائل لا تظهر في وقت بحثها ، و إنما تظهر في المستقبل مما يثير الشك و عدم التأكد من صلاحية البدائل المطروحة لذلك يجب المفاضلة الموضوعية للبدائل ، حيث يتم استعراض البيانات و المعلومات المرتبطة بهذه البدائل و يتم تصنيفها مع استبعاد اقلها في الأهمية و استبقاء الأهم منها .
- البديل الجيد يعتبر قابل للتطبيق .
- البديل المختلط تتوافر فيه كل الاحتمالات العالية .

¹ - جمال احمد التوفيق ، إدارة الأعمال مدخل وظيفي ، دار الجامعة لنشر و التوزيع ، الإسكندرية ، مصر ، 1999 ص

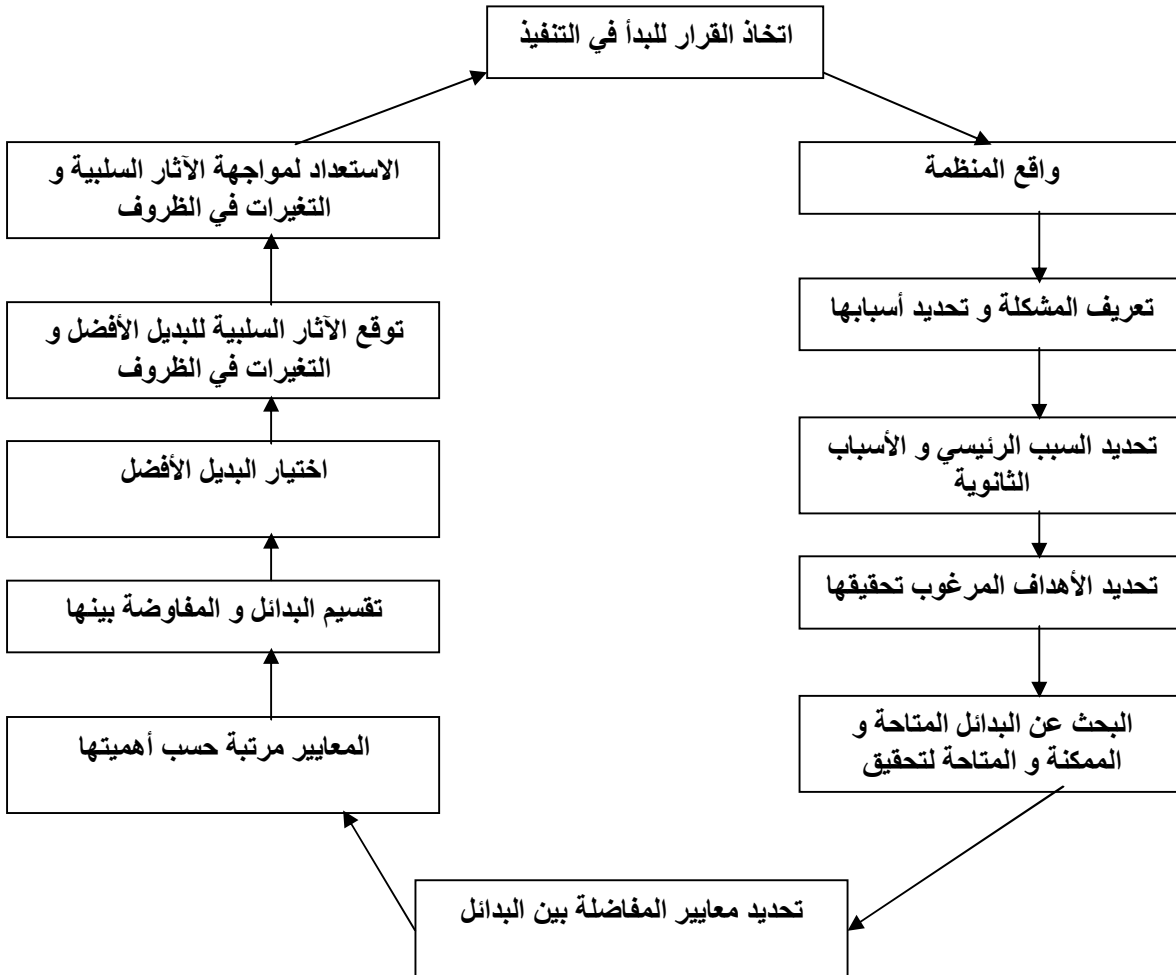
- البديل الضعيف ينطوي على نتائج سلبية .

- البديل الغير مؤكد، ذلك الذي يصعب التمكن من نتائجه كونه سلبي أو ايجابي الاتجاه .

هـ - اختيار أفضل بديل: أشار دريكارز إلى أهمية هذه المراحل من حيث اختيار أفضل البدائل على أساس ما هو مقبول ، حيث يقترح التركيز على الحل الأنسب و الصحيح من بين الحلول المتوصل إليها فالعملية عبارة عن موازنة نسبية بين البدائل المطروحة .

و - تطبيق الحل المقترح : هو آخر مرحلة و تتمثل في اتخاذ القرار ووضعه موضع التنفيذ و من ثم تنطوي هذه الخطوة على التصريح الرسمي ، أي الحلول التي يتضمنها بسبب حل مشكلة معينة ، أو مواجهة موقعها حيث يتم إعلان الأفراد و ربما إقناعهم بنوعية التصرفات التي يتعين اتخاذها ، و من يتم اتخاذ القرار.¹

الشكل رقم 06 : مراحل اتخاذ القرار

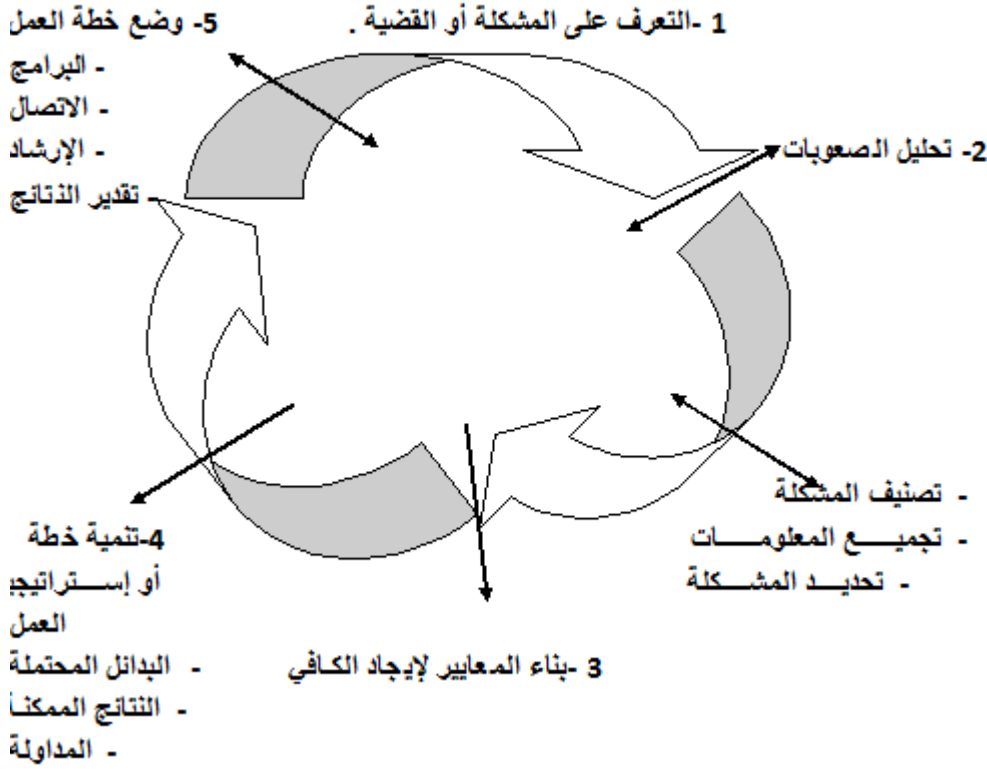


المصدر: فاروق مداس ، التنظيم و علاقات العمل ، مرجع سابق ، صفحة 74

¹ - Dunker – petter K the effective executive , maper of new-york- année 1986- page 143

الشكل رقم 07 : دورة عملية اتخاذ القرار

الشكل رقم 07: دورة عملية اتخاذ القرار



المصدر : احمد إبراهيم احمد ، الإدارة المدرسية في مطلع القرن الحادي والعشرين ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، ط1 ، 2003 ، ص 138.

3-2-3- أهمية الفرد في اتخاذ القرارات :

رغم التزايد المستمر و الكثيف في استخدام تكنولوجيا المعلومات و النماذج الكثيفة ، و نماذج التوقع لما سيكون في اتخاذ القرارات ، إلا أن ذلك كله يقلل من أهمية الفرد كمتخذ للقرارات ، و نظراً لوجود الأفراد في مراكز اتخاذ القرارات داخل التنظيم فان اهتماما كبيرا يجب أن يوجه إلى المتغيرات السلوكية التي تؤثر على الفرد عند اتخاذ القرارات مثل مايلي :

- قدرة الفرد على التحكم في الخصائص السلوكية عند وضع القرارات.
- درجة تأثير شخصية و إدراك الفرد للمتغيرات المختلفة التي تحدد طريقته في وضع القرارات .
- درجة تأثير نظام القيمة لمتخذ القرارات على طريقة إدراكه للمعلومات التي تبني عليها عملية صنع القرارات.

وبهذا يصبح متخذ القرارات هو صاحب السلطة، لان سياسة العامة لاتخاذ القرارات توضع في المستويات العليا للتسلسل الهرمي، ثم تنتقل إلى المستويات الدنيا، لكن الشخصية التي يتمتع بها صاحب السلطة تجعله ينفرد بالقرار عند رؤساء آخرين أو مرؤوسين داخل المنظمة الواحدة، نتيجة للاعتزاز أو لحب الظهور بمظهر المتمتع بالسلطة.

وبهذا تصبح الدوافع الشخصية و الذاتية من عواطف و قيم و أحاسيس فردية تؤثر في عملية القرارات. فعملية اتخاذ القرارات لا تخلو من النزاعات و الصراعات، حيث يتمثل الصراع غالبا صراع المصالح و تضارب احتياجات الأشخاص و الجماعات أو نزاع الأدوار، كل هذا يدخل ضمن الصراع داخل التنظيم لذلك ينبغي أن تجتمع كل الأطراف المتنازعة بالمنظمة للتعرف على وجهات نظرهم، و حصر نقاط الاختلاف بينهم لوضع خطة العمل الملائمة لإحداث التغيير المطلوب¹

3-2-4- نماذج اتخاذ القرارات :

تعقد و تنوع المشاكل تتطلب اتخاذ القرارات، تجعل من المستحيل الالتزام الكامل بالرشد أو العقلانية لذلك تترتب على ذلك وجود اتفاق عام على وجود نموذجين من نماذج اتخاذ القرارات هما: النموذج العقلاني و النموذج السلوكي.

أ - النموذج العقلاني : هذا النموذج يفترض أن متخذي القرارات موضوعيين تماما و لديهم معلومات كاملة و أنهم يأخذون في الاعتبار جميع البدائل، هذا النموذج يستدعي اغلب أصحاب السلطة إلى إتباعه في اتخاذ قراراتهم، و يمكن تحديد الفروض التي يقوم عليها النموذج العقلاني على النحو التالي:

- إن أصحاب السلطة يتوفر لديهم معلوما كاملة بخصوص الموقف.
- إن أصحاب السلطة لديهم قائمة تفصيلية بجميع البدائل الممكن الاختيار بينها.
- إن المديرين عقلانيون دائما، و بالتالي فهم قادرين على تقييم البدائل بطريقة موضوعية، و منطقية تماما و نتيجة لمعرفةهم التامة بكل الاحتمالات فإنهم يستطيعون اختيار البديل الأمثل بكل موقف.
- إن أصحاب السلطة يسعون دائما إلى تحقيق أهداف المنظمة، و لو تعارض ذلك مع مصالحهم الشخصية.

في ظل الفروض السابقة، يمكن القول أن النموذج العقلاني ليس واقعا في نظرته إلى السلوك الإداري السبب في ذلك انه أهمل العديد من العوامل و القوى مثل نقص المعلومات: العواطف و الانفعالات، الدوافع الشخصية التفضيلات الذاتية و كلها عوامل تؤثر في مواقف القرارات، لذلك يرى البعض أن النموذج السلوكي على النحو التالي:

- إن أصحاب السلطة لا يتوفر لديهم معلومات دقيقة.
- إن أصحاب السلطة يتصرفون بالعقلانية المحدودة أو المقيدة.

¹ - محمد علي الشهيبي، السلوك الإنساني في التنظيم، دار الفكر العربي، مصر، سنة 1990، صفحة 241

بمعنى أنهم يحاولوا أن يكونوا عقلانيين، إلا أن هذه العقلانية يحدها و تقلل منها القيم التي يؤمنون بها خبراتهم السابقة ، انعكاساتهم اللاشعورية و مهارتهم و كفاءتهم¹

3-2-5- أنماط أصحاب السلطة في اتخاذ القرارات:

يمكن التمييز بين الأنماط التالية لأصحاب السلطة عند ممارستهم لاتخاذ القرارات .

- صاحب السلطة يتخذ القرار بمفرده مستخدما المعلومات المتاحة لديه.

- صاحب السلطة يحصل على المعلومات التي يراها ضرورية مع مرؤوسيه ، ثم يتخذ القرار الذي يراه مناسباً .

- صاحب السلطة يشترك مسؤوليه بشكل جماعي للتعرف على اقتراحاتهم ، ولكنه يحتفظ بالقرار الذي يراه مناسباً .

- صاحب السلطة يقتسم مع مرؤوسيه عملية اتخاذ القرار بشكل جماعي ، سواء من حيث تشخيص المشكلة أو تحديد البدائل و تقييمها و اختيار البديل المناسب².

وهناك جملة من العوامل المؤثرة في اتخاذ صاحب السلطة للقرارات . فصاحب السلطة متخذ القرار يعتبر من العوامل الإنسانية الهامة المؤثرة في رشد وفعالية القرار الإداري ، ف شخصية صاحب السلطة وعواطفه وقيمه و تاريخه في العمل ونوع الأعمال التي سبق ممارستها، ومركزه الاجتماعي والمالي خارج المنظمة واتجاهاته وخلفيته النفسية والاجتماعية ، بل حالتهم النفسية عند اتخاذ القرار كلها تؤثر في فاعلية القرار الذي يتخذه .

فقد تعطي المعلومات و توضع البدائل أمام صاحب السلطة ، فيختار بديلاً معيناً و إذا أعطيت لآخر اختار بديلاً غيره، وكل منهما يكون مقتنعاً بسلامة اختياره ، فصاحب السلطة متخذ القرار إنسان قبل كل شيء وهو عضو في مجتمع معين يتأثر من عادات و تقاليد و أعراف ، و كلها تنعكس على سلوكه، وقد أكدت بعض الدراسات التطبيقية أن مناهج و أساليب متخذي القرارات تتأثر بعوامل شخصية نابعة من شخصياتهم .

ثم انه يستند إلى نظام من القيم، و الوصول إلى الاختيار الأمثل يجب توفر مجموعة من المقاييس التي تسمح بمقارنة الاختيارات، و يكون الاختيار مرضياً في توفير جملة من المقاييس التي تحدد القدر الأدنى من الخيارات المرضية. و رغم إشارته إلى مراحل القرار وشروطه وكيفية اتخاذه فقد لاحظ بان الإنسان عاجز عن إتباع نموذج عقلائي بحث كما هو في النظرية الكلاسيكية التي انتقدها بسبب عدم القدرة على التحكم في كل الخيارات الممكنة ، وبسبب التفكير القرابي والابتعاد عن الكلي الشامل ، كذلك سيمون ينوح للبحث الامبريقي، فالمقرر لا يبحث عن الحل الأمثل بل عن العقلانية ، فالإنسان ليس حيواناً يبحث عن الأمثل بل يبحث عن الرضا .

¹ - علي شريف ، الإدارة المعاصرة ، الدار الجامعية الإبراهيمية ، الإسكندرية ، مصر ، سنة 2002 ، صفحة 116

² - جمال الدين لعويسات ، الإدارة و عملية اتخاذ القرارات ، دار هومة لطباعة و النشر و التوزيع ، بوزريعة ، الجزائر ، 2003 ، ص 34 .

إن الاختلاف في منطقة العقلانية لاتخاذ القرار هو الذي يعني تعدد المواقف اتجاه مختلف البدائل، بحيث يمكن اعتباره كقرارات عقلانية ، و بذلك ففي الوقت الذي تحاول اللجوء إلى العقلانية لاتخاذ القرار نجد أنفسنا في حيرة في الاختيار بين عدة عقلانيات ، و بذلك نصل إلى عدم وجود عقلانية مثالية يمكن اللجوء إليها في حال الاختلاف حول القرار الذي سنتخذه.

- كما يرى سيمون بان التوجه العقلاني في اتخاذ القرار مرتبط بالمعلومات الناقصة وبتعدد النتائج وبالقدرة البشرية على معالجة المعلومات، والوقت المتاح لاتخاذ القرار والخيارات لاتخاذ القرار والخيارات والتفضيلات الصراعية للقرارات فيما يخض الأهداف التنظيمية .

- أحيانا يكون اتخاذ القرار غامضا لان المقررين يريدون تحليل الخيارات من كل الجوانب ، و هناك فرق بين حالة الشك والغموض في اتخاذ القرار و المعلومات الإضافية التي تقلل الشكوك لان الأصل هو نقص المعلومات بينما مصدر الغموض و عدم التفاهم الذي يرجع إلى المعلومات التي يمكن الحصول عليها لاتخاذ القرار و يرجع هذا المشكل إلى الشك في نقص المعلومات و في حالة الاتفاق على تحديد المشكل العقلاني المستند إلى الإحصاء والبرمجة الخطية، مما يساعد هذا النموذج على أداء وظيفته حتى في حالة المشاكل الأكثر تعقيدا ويختلف اتخاذ القرار حسب طبيعة التنظيم الداخلي للمنظمة¹

3-2-6- القرار و الصراع:

اتخاذ القرار معناه اختيار البديل الأمثل من بين عدة بدائل متاحة ، تؤثر في كل منها عوامل مختلفة من البيئة الخارجية و الداخلية للمنظمة.²

مما يؤدي إلى حدوث نتيجة معينة أو اختيار بديل معين ، فعملية اتخاذ القرار أساسية و ديناميكية بالنسبة لمهام صاحب السلطة في أي مؤسسة ، بوضعها نقطة الانطلاق لجميع الأنشطة و البرامج التي تتم داخل المؤسسة بل يتعدى ذلك إلى علاقة المؤسسة بالمجتمع أو البيئة المحيطة و تزداد أهمية اتخاذ القرارات كلما زاد حجم المنشآت و تعقدت و تشعبت نواحي أنشطتها.³

فالقرارات الإدارية تتأثر بعوامل عديدة قد تعيقها عن الصدور بالصورة الصحيحة ، أو قد تؤدي إلى التأخر في إصدارها أو تلقي كثير من المعارضة سواء من التنفيذيين بتعارض القرارات مع مصالحهم ومن هذه العوامل المؤثرة في اتخاذ القرار نجد البيئة الخارجية كالعوامل الاقتصادية ، السياسية والاجتماعية كذلك القيم و العادات .

ومن العوامل التي تؤثر في اتخاذ القرار تلك التي تتعلق بالهيكل التنظيمي و طرق الاتصال، والتنظيم الرسمي وغير الرسمي.زيادة على ذلك هناك عوامل نفسية سواء لمتخذي القرارات أو المساعدين،

¹ - قاسمي ناصر ، مرجع سابق ، ص 239

² - الموسوعي منعم زمير ، اتخاذ القرارات الإدارية ، مدخل كمي ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع عمان ، الطبعة الأولى ، 1998 ، ص 17

³ - خاطر احمد مصطفى و محمد بهجت كشك ، إدارة المنظمات الاجتماعية و تقويم مشروعات الرعاية ، المكتب الجامعي الحديث الازاربطة ، الإسكندرية ، 1999 ، ص 243

كما لها تأثيرا كبيرا على القرارات التي يتخذونها في محيط العمليات الإدارية المختلفة، بالإضافة إلى عامل الوقت بحيث أن الوقت الذي يتخذ فيه القرار بالنسبة لمشكلة يلعب دورا هاما بالنسبة للمشاكل الأخرى . لذلك يجب توقيت قرارات لحل المشاكل المختلفة وفق خطة معينة، حتى لا يحدث تعارض بينهما بالإضافة إلى وجود عناصر أخرى تؤثر كل بقوة اتخاذ القرار ، كالبيروقراطية والمركزية الشديدة حيث يرى سيمون بان الرجل العقلاني تكون كل الإمكانيات السيئة والخطيرة معرفة لديه و أن كل إمكانيات الاختيار هي جزء من معطيات متوفرة وأن أهم هذه العوامل اتجاهاتهم و قيمهم، ومستواهم العلمي وخبراتهم السابقة ، ونمط سلوكهم و خلفياتهم الاجتماعية و أن مثل هذه العوامل تختلف من شخص لآخر.

و نعرض فيما يلي لأهم العوامل النابعة من شخصية صاحب السلطة متخذ القرار و نبين مدى تأثيرها على عملية اتخاذ القرارات.¹

أ - فهم صاحب السلطة العميق و الشامل للأمر وهذه الصفة تعني صاحب السلطة متخذ القرار وإلمامه بالمعارف الإنسانية ، لان دوره يتطلب أن يكون لديه معرفة شاملة بما حوله، و أن يكون مطلعاً على العلوم الإدارية والتنظيمية و الإحصائية والسياسية والقانونية، لا إذا يقول عالم الإدارة دركر أن هناك مديرين ناجحين كثيرين يختلفون في شخصياتهم واهتماماتهم و اتجاهاتهم و لكنهم يتفوقون في الفاعلية وهو لذلك يعتبر الفاعلية عادة والعادة يمكن اكتسابها و تعلمها .

ب - قدرة صاحب السلطة على التوقع: و هو أن اتخاذ صاحب السلطة للقرار لا يتوقف على الموقف مباشرة ، بل يتجاوز ذلك إلى ظروف المستقبل ، و توفر القدرة على التوقع كلما اتسعت معرفته بالماضي و الحاضر للمنظمة ، التي يديرها فيستطيع مواجهة الأزمات و المشاكل التي تتعرض لها المنظمة ، ووضع الحلول السليمة لها . و بهذا يستطيع تفهم علاقات و اتجاهات مرؤوسيه .

ج - مؤهل صاحب السلطة و تخصصه في مجال الإدارة: إن الاتجاه الذي أصبح غالباً في الإدارة الحديثة وهو أن الإدارة لا بد أن يتولاها أشخاص اتخذوا من الإدارة مهنة، ولديهم القدرات والمهارات الإدارية والإنسانية التي تمكنهم من قيادة المنظمات بنجاح ، وهذا حسب الاعتقاد بان العملية الإدارية واتخاذ القرارات جزء منها .

وهذا بان يكون صاحب السلطة المؤهل والمتخصص بمعرفة واسعة بالتنظيم و أهدافه و نشاطاته وخصائصه و أكثر الماماً بالأساليب الإدارية ، يمدّه بنظرة أوسع وأسلوب أكثر علمية وواقعية في تفهم المشاكل الإدارية ومعالجته بأساليب علمية للإدارة.

د - قدرة صاحب السلطة على المبادرة: يكون متسلطاً يضجر من النقد والنقاش غير مخلص في أفكاره يستسلم للإغراء مع استخدامه للقمع أكثر من تنميته لأفكار موظفيه، كما أن توفر هذه القدرة

¹ - فؤاد دياب ، اتخاذ القرار كعملية أساسية في عمليات القائد الإداري ، الجهاز المركزي للتنظيم و الإدارة بالقاهرة ، مؤتمر القادة الإدارية ، الدورة السابعة ، 1967 ص 578

لدى صاحب السلطة تمكنه من اتخاذ القرارات الصائبة دون تردد أن توافرها لدى صاحب السلطة متخذ القرار يعني قدرته على تنفيذ قراراته .

ويرتبط بهذه القدرة قدرتان أخرى هي الشجاعة و الإقدام ، و القدرة على ابتكار الوسائل الكفيلة لمواجهة المشكلة محل القرار و حلها و القدرة على الحسم و سرعة التصرف.¹

هـ - قدرة صاحب السلطة على تحمل المسؤولية : شعور صاحب السلطة بعدم الرضا عن الفشل في تحقيق ما عزم على تحقيقه ، و ما يرى نفسه ملتزماً أدبيا بتحقيقه أو عدم الرضا عن القيام بعمل و يرتبط بقدرة صاحب السلطة على تحمل المسؤولية قدرات أخرى أهمها : ثقته في نفسه و في قدرته على تنفيذ ما يقرره و رغبته في أداء واجبات وظيفته ، و تحمل أعبائها و تحمل مسؤولية القرارات التي يتخذها دون محاولة التهرب من اتخاذها أو إلقاء مسؤولية اتخاذها على الآخرين ، و توفر لديه مستوى معين من الطموح يدفعه لتحمل المسؤولية .

و - أهداف صاحب السلطة و أغراضه الشخصية : الأهداف تلعب دوراً أساسياً في توجيه سلوك صاحب السلطة في عملية اتخاذ القرارات ، كما انه لا بد من التعريف بين الأهداف العامة للتنظيم و هو تحقيق أكبر ربح أو تقديم الخدمات أو توفير فرص العمل لأكثر عدد ممكن من الأفراد و هذه هي الأهداف العامة أما الأهداف الشخصية لصاحب السلطة متخذ القرار فهي تؤثر بطريقة غير مباشرة في أسلوب اتخاذه للقرار و هي نوعية القرارات التي يتخذها .

ي - اتجاهات صاحب السلطة و قيمة أخلاقيته : صاحب السلطة قد يكون غالباً محدوداً باتجاهاته و قيمة الفلسفية و الاجتماعية و الأخلاقية ، فنجد بعض متخذي القرارات يركزون اهتماماتهم على الاعتبارات الاقتصادية و المالية ، و يعتقدون أن الجوانب المالية يجب أن تكون لها الأولوية ، أما البعض يركز على الجوانب الإنسانية و يميل الآخر بطبيعته إلى القيم الروحية و الدينية²

3-3- القرار السلطوي و الاستشفائي و علاقته بالصراع :

يعتبر القطاع الصحي الاستشفائي مسرحاً لتعدد سلطات اتخاذ القرار ، فهو من المنظمات المهنية الجد معقدة بحكم كثرة و تعدد أسلاكه المهنية التي تعمل كلها لخدمة المريض بالدرجة الأولى ، فهو بالتالي ميداناً لتعدد و تضارب المصالح ، و يمتاز بتعدد السلطات الإدارية التي يمثلها مدير القطاع الصحي ، سلطة الأطباء السلطة السياسية المجسدة في مجلس الإدارة بالإضافة إلى سلطة الدولة المتمثلة في الوالي ، و في مديرية الصحة و السكان ، فإذا كان واقع اتخاذ القرار في القطاع الصحي مرتبطاً بسلطة منقسمة في التقرير ، فما مدى كل هيئة من الهيئات المذكورة في اتخاذ و تنفيذ القرارات ؟ و ما هي العلاقة الموجودة بينهم³؟

¹ - فريد راغب النجار ، النظم و العمليات الإدارية و التنظيمية ، وكالة المطبوعات ، الكويت ، 1963 ، ص 411

² - نواف كنعان ، مرجع سابق ، صفحة 266

³ - Jeqns ;qrie cl2;ent Les pouvoirs à l'hopital . édition berger leverault , paris , décembre 1990

3-3-1- قرار السلطة الإدارية و علاقته بالصراع :

تعتبر عملية صنع القرار من أهم العمليات المنوطة بالجهاز الإداري خاصة لدى أصحاب السلطة الإدارية ذلك أنها تعتبر من العمليات الحساسة التي يتحملها المدير ، و من ثم كان القرار من اخطر و أصعب العمليات التي يتخذ من طرف المسؤول و عليه يتوقف مدى نجاح أو فشل المشروع ، فالقرار في النهاية هو الذي يحدد تواجد المؤسسة و مستوى تحقيق أهدافها¹ فالمهمة الموكلة لأصحاب السلطة الإدارية هو توفير الموارد و القوانين التي تتحكم في العلاقات بين كل الأطراف و توجيه نظام ليس مستقلا و إنما يخضع لهيئة إشراف عليا ، و لتحقيق تلك الغايات مع بناء قرارات فعالة ، يسعى المدير دائما من خلالها إلى تطوير ذاته و زيادة خبرته بالمفاهيم الإدارية ، و يعمل موازنة بين العمل و العاملين ، و بالتالي يستطيع اتخاذ القرار الإداري الصائب و خلق الفهم المشترك و المتبادل للأهداف المنظمة و برمجتها و أساليب عملها إلا أن القرارات الإدارية تتأثر بالخصائص الشخصية المتمثلة في :

أ - قدرة الفرد على التحكم في الخصائص السلوكية عند اتخاذ القرار .

ب - درجة تأثير شخصية و إدراك الفرد للمتغيرات المختلفة التي تحدد طريقته في وضع القرارات.

ج - درجة نظام القيمة لمتخذ القرار على طريقة إدراكه للمعلومات التي تبنى عليها عملية صنع القرار .

د - تأثير القيم و قواعد السلوك الخاصة بالأفراد الآخرين على طريقة إدراك المدير للمواقف و المعلومات المتعلقة به² و التي تحدد طريقة ممارسته الديمقراطية مع القواعد الإدارية و التعامل معها ، فالقرار الإداري لا يكون غاية في حد ذاتها بل هو وسيلة يهدف من خلالها إلى تحقيق الغايات و الأهداف و المصالح العامة للمجتمع ، فإذا كان مصدر القرار الإداري يستهدف غاية بعيدة عن المصلحة العامة أو غاية بعيدة على ما حدده القانون ، فإن قراره هو انحراف في استعمال السلطة مما يجعل القرار مستحقا للإلغاء ، فهذه القرارات الإدارية هي تحقيق غرض شخصي لمصدره أو كوسيلة للانتقامه³

و بالتالي لا يصدر القرار بالصورة الصحيحة و الذي يلقي بدوره كثير من المعارضة من طرف أعضاء آخرين من نفس المنظمة بسبب تعارضها مع مصالحهم ، و من بين تلك العوامل المؤثرة في اتخاذ القرار نجد البيئة الخارجية كالعوامل الاقتصادية ، السياسية و الاجتماعية ، كذلك القيم و العادات

¹ - بوعياش مراد ، العلاقات الإنسانية في المؤسسات الجزائرية ، بحث لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية و العلاقات الدولية فرع التنظيم السياسي و الإداري ، الجزائر ، 1992 ، ص 323

² - محمد عبد الفتاح الصيرفي ، مفاهيم إدارية حديثة ، جميع حقوق التأليف و الطبع و النشر محفوظة للنشر ، ط1 ، الإصدار الأول ، سنة 2003 ، ص108

³ - www.droitcivil.blog.com/article_jour_25/02/2006 heure 15 h

بالإضافة إلى البيئة الداخلية المتعلقة بالهيكل التنظيمي و الاتصال ، زيادة على العوامل النفسية المرتبطة بطريقة و كيفية اتخاذ القرارات من طرف صاحب السلطة الإدارية ، فعدم توافق تلك القرارات مع أهداف أعضاء المنظمة يؤدي إلى خلافات و صراعات بين أعضائها ، و الذي يعيق السبيل الحسن لأدائها .

3-3-2- قرار السلطة الإدارية داخل المستشفى :

إن الإقدام على الابتكار و تغييره فور الحاجة هو من دور صاحب السلطة ، الذي يتكفل بالاضطرابات فحياة المؤسسة ليست بالضرورة هادئة ، و تمر عبر قنوات الصائبة لإحداث جو تنظيمي لأداء النشاطات الإدارية و غير الإدارية .

أما فيما يخص المؤسسات العمومية الصحية فهي تشترك في مجموع الوظائف و الأهداف التي انشأت من أجلها ، و باعتبارها مؤسسات عمومية ذات طابع إداري ، فان مهام المدير العام متقاربة بأي مؤسسة عمومية تابعة لقطاع الصحة سواء كانت مركزا استشفائيا جامعيا أو قطاعا صحيا أو مؤسسة استشفائية متخصصة يمكن استخلاصها من مجموع النصوص المتضمنة لإنشاء و تسيير هذه المؤسسات، إلى جانب النص القانوني الأساسي الخاص بمديري الإدارة الصحية، حيث ينص على تكفل مديرو الإدارة الصحية و في المراكز الاستشفائية المتخصصة وفي القطاعات الصحية بالإدارة العامة في المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وفي القطاعات الصحية، و في المراكز الاستشفائية الجامعية ، و في مؤسسات أخرى صحية تابعة لوزارة الصحة و بهذا يمكنهم من اتخاذ القرارات و المصادقة عليها نهائيا و ذلك بتنفيذ ما كلفوا به و هذا كما يلي :

- تنفيذ القواعد التي تحتويها النصوص القانونية ، و الحرص على القواعد و الإجراءات الجاري بها العمل .

- إصدار الأوامر الضرورية لوضع النصوص التنظيمية و الحرص على تنفيذها .

- تصور و تحقيق كل مشروع دراسة و أداة ، أو إجراء متصل بمجال نشاطهم .

- ضمان مهام استشارة أو مساعدة لدى إدارة الصحة .

- المساهمة في تكوين موظفي الصحة .

- دراسة و اقتراح كل إجراء ، من طبيعته تحسين التنظيم و التسيير للمؤسسات الصحية .

- القيام بمهام الخبرة و التفتيش و المراقبة للهياكل و المؤسسات التابعة للإدارة الصحية¹ .

لذا تكون الحاجة دائما لان يكون صاحب السلطة الإدارية في المستشفى إداريا متخصصا في إدارة المستشفيات و تكمن في تقديم الخدمات الصحية بأقل تكلفة ممكنة بصفة عامة و الخدمات الجيدة للمرضى بخاصة و لا يكون هذا إلا بالعمل الجاد ، و القدرة الخارقة على مواجهة المشكلات الطبية و الصعوبات الإدارية و تحسين الإنتاج و تطويره إضافة إلى تحسين الخدمات و تخفيض تكاليف الإنتاج و ضمان المصادر المالية و حسن استخدامها .

¹ - حسن عداد ، مرجع سابق ، ص 33

- و من هنا يمكن اتخاذ القرارات النهائية من خلال الواجبات و المسؤوليات التي يجب أن يقوم بها مدير المستشفى .

- أن يوفر الظروف المناخية الملائمة لتحقيق أهداف المستشفى .
- أن يفهم جميع واجبات الإدارات الموجودة بالمستشفى .
- أن يقوم على توفير ما يحتاجه المستشفى من معدات و كوادر بشرية .
- أن يهتم بالمراجعين و المشاكل التي تواجههم كما يحرص على رضاهم .
- تطبيق الإدارة بالجودة الشاملة.

و تشير بعض الدراسات إلى أن المدير الإداري الفعال في المستشفى هو الذي يستطيع بمهارته و خبرته أن يدير الأزمات و يحل المشاكل و النزاعات التي يشهدها القطاع الصحي من خلال الإدارة الداخلية و إدارة العمل داخل المستشفى و البيئة المحيطة بالمستشفى ، المتعلقة بالاحتياجات و المتغيرات و البيئة الخارجية و تتمثل في العلاقات العامة و المشاركات الخارجية في المجتمع .

كما تؤكد بعض الدراسات العلمية أن هناك أنواع من المهارات التي تتوفر في صاحب السلطة الإدارية داخل المستشفى ليكون صاحب قرار فعال ، و هو الإداري المختص لديه مهارات إدارية ، و تعني القدرة على القيام بوظائفها بأسلوب بناء ، يبدأ بتحديد الخطأ ، و التعرف على أسبابه و من ثم علاج هذه الأسباب بإعطاء بدائل أخرى تساهم بتغيير الأوضاع الاستشفائية السيئة إلى الأحسن¹

3-3-3- قرار مجلس الإدارة داخل المستشفى :

من الواضح جدا أن سلطة المدير في اتخاذ القرار أصبحت محدودة حاليا في تسيير القطاع الصحي و ذلك بعد الإصلاحات و التي أحدثت هيئة ثانية منوطة باتخاذ القرار في المؤسسة الصحية تتمثل في مجلس الإدارة فبعدها كان المدير في القطاع الصحي هو صاحب القرار في أمور التسيير بحكم كونه مديرا أو رئيسا لمجلس المديرية (Conseil de Direction) سابقا ، أصبح اليوم مجرد منفذ للقرارات و مداولات مجلس الإدارة² فإذا كان مجلس الإدارة له كل الصلاحيات في اتخاذ قرارات استراتيجية لتسيير القطاع الصحي من الناحية القانونية

إلا أن الأمر الملاحظ في الواقع هو جهل أعضاء مجلس الإدارة للمشاكل التي يعيشها يوميا القطاع الصحي و هذا أمر طبيعي نظرا لبعدهم عن حياة المؤسسة الاستشفائية و جهلهم لطبيعة نشاطها و تنظيمها و بالتالي عدم قدرتهم على افتراض الحلول الملائمة لان القطاع الصحي من التنظيمات المهنية المعقدة نظرا لطبيعة نشاطاتها المتعددة .

و بهذا يبقى المدير الشخص الوحيد الذي يتكلف بحل المشاكل اليومية للمؤسسة ، و يعقد اجتماعات العمل و يتخذ مختلف القرارات التنظيمية و الفردية لأنه بحكم وظيفته كمسير و بحكم كفاءته و

¹ - www.pr.sv.net/svw/2004august.jour10/03/2007 .à 10h

² - المرسوم التنفيذي رقم 97/466 المؤرخ في ديسمبر 1997 و الذي ينص على وجود هيئة ثانية لاتخاذ القرار و المتمثل في مجلس الإدارة بالجزائر

تجربته يملك كل المعلومات اللازمة لحل مشاكل المؤسسة ، فالمدير و إن كان من الناحية القانونية لا يملك الحث في التصويت و المداولة في مجلس الإدارة ، فانه الشخص الأهم في توجيه أعضاء الهيئة لاتخاذ القرارات على ضوء ما يقدمه من شرح و توضيح للمسائل الاستشفائية¹

3-3-4- قرار السلطة الطبية داخل المستشفى :

إذا كانت المؤسسة الاستشفائية بحاجة إلى مدير مستشفى مختص في إدارة المستشفيات فهي كذلك بحاجة الى رؤساء مصالح لديهم خبرة تتجاوز على الأقل سنتين يعملون على فرض النظام الداخلي للمصلحة و التطلع على جميع الاحتياجات المادية و البشرية داخل المستشفى و العمل على توفيرها بمساعدة السلطة الإدارية و هنا بالعمل على فرض قرارات و إعطاء أوامر لجميع الموظفين التقنيين و الإداريين داخل المستشفى بالالتزام بكافة الأنظمة داخل المصلحة.

- الالتزام بأوقات الدوام و التدريب المقررة.

- الالتزام بكافة الأوامر و التعليمات المتعلقة بالخدمة الصحية و هذا بطلب من المرضى أو الأطباء بالمتابعة اليومية للمرضى مع تدوين جميع الملاحظات.

- إلى جانب متابعة جميع الفحوصات المخبرية و الشعاعية المقررة للمرضى داخل المصلحة و الوضع التنظيمي بها ، مع أخذه للإجراءات و إصدار القرارات التي تغير الأوضاع إلى الأحسن.

- أمر الأطباء و المرضى بالمتابعة المنتالية للمرضى بتناولهم لدوائهم .

و بهذا نجد أن معظم رؤساء المصالح بفضل خبراتهم في الطب أنهم فقط لديهم الكفاءة على اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المريض ، و يعتبر الأطباء أكثر من ذلك على أنهم وحدهم الذين يمكن لهم ممارسة الضبط على الأعضاء المتعلقة بهذه المهنة ، لأنهم يشغلون مهنة ذات صفة احترافية².

3-3-5- قرار المجلس الطبي داخل المستشفى :

يعتبر المجلس الطبي جهازا استشاريا فهو يساعد مجلس الإدارة و المدير على حد سواء في اتخاذ القرارات الإدارية و إن كانت آراء تقنية بحتة فبالرغم من أن التشريع و بالتحديد المرسوم التنفيذي لسنة 1997 لم يعطي في الواقع أي سلطة فعلية للمجلس الطبي في اتخاذ القرار إلا أن قرار هذا الجهاز لا يستهان به ، و في الواقع هناك بعض الأمور التي لا يستطيع مجلس الإدارة و لا حتى مدير القطاع الصحي التقرير بشأنها دون استشارة المجلس الطبي مسبقا ، كما هو الشأن في الحالات التالية :

- إقامة العلاقات الفعلية بين مختلف المصالح الطبية ،(مثلا : العمل بين مصلحة الطب الداخلي و مصلحة أمراض القلب) .
- برامج الصحة و السكن .
- برامج التظاهرات العلمية و التقنية .

¹ - ابن محمد عائشة ، واقع اتخاذ القرار في إطار تسيير القطاع الصحي ، مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج المتخصص في إدارة المنظمات الصحية ، الجزائر ، دفعة 2003/2002 - ص 27

² - www.moh.go.jo/traim/traim1.htm jour ; 11/02/2007 heur ,13h

- إنشاء و حل المؤسسات الطبية .

- التكوين .

فالمدير باعتباره الأمر بالتصرف و المسؤول إداريا و قانونيا عن ميزانية القطاع الصحي ، يجد نفسه في الغالب في اصطدام دائم مع الأطباء الممثلين في هيئة المجلس الطبي لان المدير من ناحية منشغل دوما بالتسيير العقلاني للنفقات الخاصة بالأدوية و الوسائل الطبية ، و حريص على عدم الإفراط في تزايد مستمر للأدوية و المعدات الطبية بحكم وظيفتهم و معرفتهم بطبيعة الأمراض و المرضى . فالأطباء في القطاع الصحي لهم سلطة غير مباشرة في اتخاذ القرار ، فهذه السلطة أن لم تكن إدارية فهي تقنية بحتة توجه المسير و حتى مجلس الإدارة في كيفية تقسيم الميزانية داخل القطاع الصحي.

وبهذا فالمستشفى بيئة تفاعلية وظيفية القائمة على وضع الخطط ، و دراسة التكنولوجيا، والتخصص وصنع القرار الذي تتخذه كل من (السلطة الإدارية و السلطة الطبية)¹.

3-3-6- العلاقة بين السلطة الإدارية والسلطة الطبية في اتخاذ القرارات و أثره على إحداث الصراع :

يقوم تنظيم المستشفى بتقسيم العمل إلى المهنة الطبية و الخدمات الإدارية و بهذا فان من أهم خصائص و سمات المستشفى كما ذكرنا سابقا هو السلطة المزدوجة و تقسيم العمل ، و ما يجري داخله من التفاعل في إصداره القرارات و الأوامر حسب مركز السلطة ، فالإداري لا يقوم بإسداء النصح إلى الهيئة الطبية في القرارات المتعلقة بعلاج المرضى تماما ، كما سوف لا يحاول الطبيب تحديد التي ينظم بها الإداري برامج لشراء احتياجات المستشفى لكنه نتيجة لسلطة الأطباء و المنزلة التي يضيفها عليهم وضعهم فان تأثيرهم قد يكون نافذا إلى حد يتجاوز قدرتهم العقلية، وهكذا فان الأطباء قد لا يقدمون النصيحة للمدير عن الكيفية التي ينظم بها مكتب المشتريات، و إنما قد يقترحون عليه ما يشتره .

وهناك بطبيعة الحال مجالا واسعا تظهر فيه اهتمامات ومستويات السلطة يتداخله بين كل الهيئة الطبية و الإدارية، وهنا يحتمل أن ينشب الصراع، فمثلا تعتبر وظائف التسجيل الطبي والصيدلة وإدارة العيادات الخارجية، ووظائف هامة في نظر كلتا الجماعتين وتدخل في نطاق إشراف كل منهما .

ولقد لخص سميث Smith الهدف الرئيسي للصراع مهما كانت نصوصيته مؤداها الأجر في مقابل الخدمة ، فمن ناحية يوجد الإداري الذي يعني بالحفاظ على المنظمة و الذي يترتب إجراءات رشيدة لحساب التكاليف و يحاول أن يخفض من الدخل الناتج عن خدمة المرضى و الذي يتوقع ضرورة إتباع القواعد الرسمية، و تنتظر الهيئة الطبية من ناحية أخرى إلى المستشفى باعتبارها موقعا مناسباً للعاية لتقديم خدمات رعاية معينة للمرضى، تلك التي ينبغي الحكم عليها على أساس كفاءة العلاج و ليس على أساس مقدار ما يتكلفه .

¹ - Ddvid Mecharnic : Medical sociology , (2nd edition) the free press , new york , 1978 page 365

و في النظام المزدوج لسلطة في المستشفى أن الجماعات المتباينة لها منظورات مختلفة فيما يتعلق بمن الذي يمسك زمام السلطة ، و في أي مجال فلقد طرحت إحدى الدراسات مجموعة من التساؤلات على 383 من أعضاء المكتب و الإدارتين في المستشفى و رؤساء الخدمات الطبية و المدرسين في ثلاث عشرة مستشفى من المستشفيات التطوعية في ولاية نيويورك ، حيث طرحت مجموعة من الأسئلة على أفراد عينة البحث مجموعة من التساؤلات منها ما يتعلق بخلفياتهم الاجتماعية .
ومنها ما يطلب منهم تحديد الدور الذي يجب أن تقوم به كل من السلطة الإدارية و السلطة الطبية في اتخاذ القرارات ، الذي يتعلق بمشكلات تظهر بالمستشفى. و إجابات المفحوصين على من الذي يمسك بزمام السلطة في مجالات معينة و هو ينبغي أن تكون السلطة في يد الهيئة الطبية لاتخاذ القرارات التي تتعلق بالمسائل ذات الصلة بعلاج المرضى، و كما هو متوقع أن الاختلافات كانت أكثر ظهورا بين السلطة الإدارية و الطبية، خاصة من المستشفيات الضخمة (225 سريرا فأكثر) كانت اكبر منها في المستشفيات الصغيرة (225 سريرا فأقل) و العكس صحيحا بالنسبة للأطباء و أعضاء المكتب.¹

¹ - محمد علي محمد وآخرون، دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع ، الازارطة الإسكندرية ، مصر، بدون سنة ، ص222 .

خلاصة:

حاولنا في هذا الفصل إبراز أهمية القرارات داخل التنظيمات التي تتطلب عقلانية و رشادة في اتخاذ بالوقوف على النقائص التي من الواجب علاجها و تغييرها سواء كانت في تحسين المنتج المقدم خدماتي أو صناعي ، مع زيادة دافعية العمل بالتحفيز المقدم ، و يكون هذا بالاتفاق على طريقة تسيير ناجحة التي نتطرق من خلالها على أسباب الإنفاقات التي ينجم عنها تعارض المصالح الشخصية ، الذاتية و الأنانية بين أفراد التنظيم الواحد .

لكن فعالية القرار داخل التنظيم الاستشفائي و اتخاذه لا يكون فقط من مصالح مدير القطاع ، و إنما يتطلب إشراك جميع الأطراف الفاعلة الرسمية من مسؤولين إداريين و طبيين ، المجلس الإداري و المجلس الطبي و حتى الجهات الغير رسمية لمطالبة بتنفيذ القرارات التي ترمي إلى توفير الاحتياجات المادية و البشرية التي تمكن من أداء الخدمات الصحية بأحسن كيفية .

الفصل الرابع : علاقة السمات الشخصية للفاعلين بالصراع

داخل المنظمة

- تمهيد

1-4-1- محددات فهم شخصية صاحب السلطة

4-1-1- التكوين أهدافه و احتياجاته

4-1-2- نظريات الشخصية

4-1-3- طبيعة و محددات شخصية الفرد داخل المنظمة

4-1-4- صفات الشخصية أبعادها و أنواعها

4-1-5- الشخصية الإدارية الإسلامية

4-2- محددات السلوك لتكوين شخصية الفرد

4-2-1- مبادئ السلوك

4-2-2- خصائص السلوك و مقوماته

4-2-3- علاقة الشخصية بالسلوك

4-2-4- التعلم و علاقته بتكوين شخصية الفرد

4-2-5- القيم أنواعها و أهميتها و مستوياتها و أثرها على السلوك

4-2-6- الثقافة و أثرها على السلوك داخل المنظمة

4-3- تكوين شخصية أصحاب السلطة الإدارية و السلطة الطبية و أثرها

على إحداث الصراع داخل المستشفى

4-3-1- تكوين أصحاب السلطة الإدارية في القطاع الاستشفائي

4-3-2- تكوين أصحاب السلك الطبي في القطاع الاستشفائي

4-3-3- تحديد سلوك السلطة الإدارية داخل المستشفى

4-3-4- تحديد سلوك السلطة الطبية داخل المستشفى

- خلاصة الفصل .

تمهيد :

إذا كنت المنظمة وتتوزع عليه جملة من الأدوار الفاعلة داخله من خلال المهام والمسؤوليات التي يؤديها أفرادها، لكن هناك اختلاف وتمايز في جملة السمات التي تضبط السلوك الإنساني و تساهم في تحديد الشخصية وتكوينها من خصائص وراثية ومكتسبة من الخبرة والتجربة والتغير الدائم في السلوك، الناتج عن التكوين المعرفي والقيم المختلفة و العوامل الاجتماعية المتمثلة في التنشئة الأسرية إلى جانب الثقافة المحددة للأهداف و المواقف المعبرة عن البيئة التي يعيش فيها الفرد، وتحتوي الشخصية على صفات مشتركة فيما بين أفرادها وأخرى مختلفة، هذا التباين في الميول والرغبات النفسية الذي تظهر في السلوكيات الصادرة حيث يثير الاختلاف في التغيير والإدلاء بالآراء والحكم على الأشياء هذا ما ينعكس على حقيقة التنظيم الاستشفائي الذي يديره أفراد مختلفين في التكوين و نوع القيم المتمسكين بها إضافة إلى التنشئة الاجتماعية و الثقافة المكتسبة المثيرة للاختلافات و مشاكل التسيير نظرا لما صمته من أهداف تتماشى و استراتيجياتها الخاصة ، لكن الاختلاف في الشخصية و التفكير يكون باستخدامه لما ينفع الجميع ، ففي التنظيم الاستشفائي يكون بتوفير جو ملائم بين الأطباء و الإدارة قصد إدماج أهدافهم ضمن أهداف المؤسسة في ظل أخلاقيات العمل لتقديم أحسن الخدمات الصحية .

4 - عوامل تحديد شخصية صاحب السلطة وعلاقتها بإحداث الصراع داخل المنظمة

4-1- محددات فهم شخصية صاحب السلطة :

4-1-1- التكوين أهدافه و احتياجاته :

أ - أهداف التكوين: لتكوين أهداف تفوق أهداف الاستثمار في المجالات التقنية الأخرى حيث نلخصها كمايلي :

أهداف المنظمة :

- ضمان أداء العمل بالكفاءة المطلوبة من حيث الكمية و النوعية ، مع الاقتصاد في الوقت والموارد ، وهو ما يساهم في تمكين المؤسسة من تحسين قدرتها التنافسية .

- نقص تعرضه للإصابة بالأمراض المهنية و حوادث العمل ، من خلال تحكمه و التزامه بالإرشادات و التعليمات اللازمة التي من شأنها أن تجنبه مخاطر العمل ، إلا أن أهداف التكوين و آثاره تتعدى الفرد العامل و المؤسسة، لتنعكس ايجابيا على المجتمع ، من خلال ما توفره هذه المنظمات من خدمات ذات الجودة الرفيعة ، إضافة إلى ما يترسخ في المجتمع من سلوكات و تقاليد وأنظمة عمل علمية وما يجر ذلك الاقتصاد الوطني من فوائد و مميزات ¹.

أهداف المتكويين :

- رفع الروح المعنوية والثقة لزيادة كفاءة المتكويين وتحسين العمل و إتقانه

- تنمية مهاراتهم العلمية والعملية، وتغيير سلوكياتهم واتجاهاتهم بما يتيح لهم زيادة في فرص الإلتقان داخل المنظمة

- زيادة أجورهم من خلال ترقيةهم و تقديم لهم المنح والمكافآت التي يتحصلون عليها نتيجة لكفاءتهم

- أن يؤثر المكونون من معارف ومهارات عبر أساليب عملهم أو حسب التحسين و التكوين الذي يقومون بها نحو باقي العاملين. ²

ب - خصائص التكوين: بما أن التكوين جهدا استثماريا و ليس مجموعة أعباء ، يساهم في تحقيق انجازات المؤسسة و الأفراد فانه يتميز بالخصائص التالية :

- انه عملية هادفة ، تمكن المؤسسة من تحقيق أهدافها الاقتصادية و تمكن الفرد من تحقيق طموحاته المادية و المعنوية

- انه عملية تهدف إلى إحداث تغييرات إدارية في مستوى معارف و معلومات العاملين و مهاراتهم و سلوكياتهم بما تتطلبه طبيعة الأعمال المسندة إليهم

- انه استثمار اقتصادي يهدف إلى تنمية القدرات الإنتاجية للمتكويين بما ينعكس ايجابيا على إنتاجية المؤسسة ¹

¹ - محمد ماهر عليش ، تدريب العاملين لهوض بقدراتهم ، الكويت ، 1976 ، ص 67

² - إبراهيم درويش ، التنمية الإدارية ، القاهرة ، 1975 ، ص 67

ج - تصنيف احتياجات التكوين : تصنف احتياجات التكوين وفق مجموعة من المعايير ، فاحتياجات التكوين المهني تنفرع إلى مايلي :

- التحضير للحياة المهنية: و هي احتياجات تهدف إلى صياغة البرامج التكوينية ، قصد تزويد العاملين بالخبرات والسلوكات اللازمة لأداء الأعمال الموكلة إليهم ، نتيجة حداثة توظيفهم بالمؤسسة أو قصد تغطية عجز في مستوى التكوين الأساسي

- احتياجات التكوين من اجل التحول المهني: وهي الاحتياجات التي توضع بشأنها دورات تكوينية موجهة إلى العاملين الذين سوف يحدث التغيير في مناصب عملهم، وبالتالي تغيير مهامهم ومسؤولياتهم، بحيث لا يمكن القيام بها بالمؤهلات والخبرات المكتسبة في الوقت الراهن، ويحدث هذا عادة في حالة الترقية أو تغيير مناصب العمل.²

- احتياجات تحسين المستوى المهني : تسعى البرامج التكوينية المصادفة لتلبية هذا الصنف من الاحتياجات بهدف تعديل و تكييف المعارف و المهارات الضرورية لأداء المهام بالكيفية الجديدة التي اقتضتها التطورات الحاصلة ، بالمجالات التقنية و التكنولوجية و التنظيمية ، و هي تنفرع بدورها إلى :

- موافقة متطلبات الوظيفة : و هي احتياجات شائعة الوجود و تشمل الفروق بين مؤهلات شاغلي المناصب و متطلباتها ، و هي ناجمة عادة من سوء تقدير كفاءات أفراد عند اختيارهم و تعيينهم أو عند إدخال تقنيك و أساليب عمل جديدة ، و كل هذا يستدعي رفع مستوى قدراتهم و مهاراتهم و موافقتها مع موصفات عملهم

- التكيف مع تغيرات الوظائف و تتمثل الاحتياجات هنا في ضرورة تحسين مستوى العاملين لتكييف مؤهلاتهم مع الأنشطة التي تغيرت بفعل التنظيم الجديد الذي طرأ على الوظائف بالمؤسسة ، و تبرز هذه الاحتياجات عنه ثلاث حالات محتملة الحدوث و هي ، التخصص ، تعدد المهام و إعادة التأهيل.

و من خلال ما سبق ذكره نستخلص الاحتياجات التكوينية ضمن نوعين رئيسيين :

- احتياجات اقتضاها تغيير مناصب العمل، وهو ما يتطلب تكويننا يزود العاملين بالمؤهلات اللازمة ، التي تسمح لهم بالقيام بأعمالهم الجديدة.

- احتياجات اقتضاها تغيير أساليب العمل أو التوسعة في المهام و التخصص ، و هو ما يتطلب تكويننا من شأنه رفع مستوى العاملين لتمكن من التكيف مع أساليب العمل الجديدة من هذا كله هو تحديد مناطق القوة و الضعف في الأداء التنظيمي المحقق من طرف المؤسسة ، هذا من شأنه يبين الأسباب الحقيقية لاحتياجات التكوين ، فقد يكون نقص التأهيل لدى العاملين ، كما يؤثر على باقي مكونات الأداء التنظيمي كسوء العلاقات الإنسانية ، أو لتطبيق أساليب الإدارة البيروقراطية ، أو لسوء

¹ - Charles – Hanri J Besseyre , Gerer les ressources humaines dans les entreprise , edition , paris 1990, p137

² - Pierre Jardillier , Devoloppement humaine dans l'entreprise , paris 1986 , p 363

نوعية الآلات و الموارد المستعملة و غيرها من الأساليب التي لا دخل لها لمعارف و مهارات العاملين في سوء النتائج المتحصل عليها .¹

4-1-2- نظريات الشخصية :

قد تعرض العالمان هول و ليندزي على خمسة من نظريات الشخصية

أ - نظريات التحليل النفسي : تقترن هذه النظرية باسم العالم سيغموند فرويد و من تبعه من علماء النفس و قد رأى فرويد أن الشخصية الإنسانية تتكون من ثلاثة عناصر رئيسية هي :

- الهو و هو الجانب اللاشعوري من النفس و هي الخصائص الموروثة لشخصية الفرد ، و تهدف إلى تحقيق شهواته ولذاته.

- الأنا أو الذات التي تدل على الفردية في الشخصية الإنسانية فهي عناصر الأناية و حب الذات في النفس البشرية.

- الأنا الأعلى و هو العنصر المثالي الذي يمثل القيم الاجتماعية و الأخلاقية و يعمل رقيباً على الجانب اللاشعوري فيهبه و يردعه من التماذي.

و تتمثل ديناميكية الشخصية بالطرق التي تتم فيها عملية تحويل الطاقة النفسية الناتجة عن الغرائز إلى طاقة فيزيولوجية ، و بالعكس فحركية الشخصية محكومة بتفاعلات بين التناقضات و الصراعات التي تحركها لنزاعات القوية للقيام بالعمل أو عدم القيام به و بين النزاعات لإطلاق الطاقة النفسية ، و يعتبر القلق من العناصر الرئيسية في تحريك الصراعات لشخصية الفرد، ويرى فرويد أن الشخصية الإنسانية تأخذ بالتكامل نتيجة لتعلمها وتكيفها لتستجيب إلى أربعة مصادر لتؤثر وهي: النمو الفيزيولوجي الاحباطات، التناقضات والصراعات إلى جانب التهديدات، ويرى الباحثون أن طرق الإحلال و.المحاكاة من ابرز الوسائل لتعامل مع الصراعات والاحباطات، و أن الإنسان قد طور وسائل دفاعية في تعامله مع المواقف التي يواجهها كالعذوانية و الكبت و الإسقاط و الانطواء .

ب - نظرية المجال: قدم كررت ليرت ليفن مجموعة من المفاهيم كأدوات لتغيير عن حقيقة نفسية الفرد و قد استخدم مفاهيم إمكانية لهذا الغرض ، فالمجال المكاني يعتبر من أكثر المجالات تعبيراً عن التصرفات الإنسانية، و قد استطاع ليفن التعبير عن ذلك السلوك نتيجة للتفاعلات بين الشخصية و البيئة ، فالحقيقة النفسية للفرد التي تحدد سلوكه و تتفاعل مع بيئته المادية التي تقع خارج ذاته.²

ج - نظرية السمات التكوينية: إن الشخصية الإنسانية مكونة من سمات أو خصائص و نفسية تؤثر على سلوك الإنسان على تكيفه مع محيطه الخارجي ، و يرى وليم سيلدون بان هناك عدداً من أنماط الشخصية التي تتكون بالتكوين الجسمي للفرد و هذه بدورها تحدد السلوك .

¹ - Werther , David Leegoslin , la gestion des ressources humaines , editions , Canada 1985 , p262

² - كامل محمد المغربي ، السلوك التنظيمي مفاهيم و أسس سلوك الفرد و الجماعة في التنظيم ، دار الفكر للنشر و التوزيع الإسكندرية ، مصر ، 1994 ، ص 106 و 109

د - النظريات البيولوجية : تعود هذه النظرية إلى أفكار هنرلي موري الذي يعتقد بان التكوين العضوي يمثل أساسا جيدا لتفهم شخصية الفرد البيولوجي و علاقته بالبيئة التي يعيش فيها ، و تتفق هذه النظرية مع نظرية التحليل النفسي على أهمية الخبرات التي يكتسبها الفرد في طفولته ودوافعه اللاشعورية، في تحديد السلوك الإنساني الذي يؤدي إلى تحقيق هدف معين ، وتتطور شخصية الفرد مع مراحل عمره الزمني حيث يمر الفرد بتطورات نفسية مختلفة تتأثر بعوامل الوراثة والخبرات التي يجنيها من عمليات التعلم الاجتماعي والثقافي.

هـ - نظرية النضج: تفترض هذه النظرية بان الإنسان السوي يصل مع الوقت إلى مرحلة النضج النفسي و الجسدي في الشخصية، وانه يبحث دائما عن المواقف التي تظهر فيها درجة نضوجه و تحمله للمسؤولية حيث يرى كريس ارجريس بان الشخصية أو الذات تشتمل على تصرفات الفرد من الأقوال وأفعال ومشاعر وتفكير سواء كان ذلك شعوريا أو لا شعوريا، ولذلك فان تفهم الإنسان لذاته ووعيه لها و زيادة معرفته بها يؤدي إلى تطور شخصيته ويؤثر على مستوى أدائه التنظيمي ، و يرى كذلك ارجريس تضاربا أو تناقضا على الأقل بين مصالح الفرد و مصالح التنظيم ، الأمر الذي يسبب توتر لدى الفرد ويدفعه إلى أداء أفضل .

ولذلك فان مسؤولية التنظيم أن يوفر مناخا يستطيع فيه الفرد الوصول إلى مرحلة النضج وتكامل الشخصية والابتعاد عن التبعية السيكلوجية المتمثلة في القيود التنظيمية على أسس الكفاية و النتاجية ولذلك يجب إعادة تصميم التنظيم بشكل يسمح للفرد أن ينتقل من حالة السلبيّة السلوكية، إلى حالة الايجابية.¹

4-1-3- طبيعة و محددات شخصية الفرد داخل المنظمة

أ - طبيعة الشخصية : إن الاختلافات الموقفية يمكن أن تؤثر على كيفية استجابة الأفراد ، فالفرد قد يتميز باتجاهاته الايجابية و أدائه العالي ، و لكن قد تحدث له مواقف مثل ترقيته أو إقالته من عمله و يترتب على هذه المواقف تغير اتجاهاته و أدائه ، فقد يصبح أكثر سعادة في حالة ترقيته أو أكثر إحباطا و تقلبا من الناحية المزاجية في حالة إقالته.²

فالأفراد الموجودون في مواقف معينة تكون استجاباتهم لنفس الموقف مرة أخرى ، فسلوك الفرد هو ناتج للتفاعل المستمر بين الفرد و الموقف ، أما الخصائص الشخصية تؤثر بالعوامل المختلفة في المجال العملي.³

فالشخصية عبارة عن مجموعة فريدة و مستقرة من الخصائص و الصفات التي تميز شخص ما عن غيره من الأفراد ، أي أن شخصية الفرد تعتبر بمثابة مجالات دائمة تحدد بالاختلافات بينه و بين

² - راوية حسن : السلوك التنظيمي المعاصر ، كلية التجارة ، جامعة الإسكندرية ، مصر ، 2002 ، ص 34

^{3 3} - محمد علي الشهيبي ، مرجع سابق ، ص 309 - 311

غيره من الأفراد في أشياء تمثل أنظمتهم البيولوجية، إلا أنهم يختلفون كذلك في طريقة تفكيرهم و في طريقة تفسيرهم للبيئة و في طريقة استجابتهم للبيئة .

رغم هذا يبقى الفرد في سعي دائم إلى تحقيق رغباته في شغل مركز معين في المنظمة ، ينظر إلى العمل على انه إما يسهل أو يعرقل تحقيقه لرغبته.

و من ثم يبدي على استجابته و ردود أفعاله التي تختلف باختلاف نظرته للعمل ، و بمدى إسهام العمل في تحقيق رغبته في المركز المرموق.¹

و بالتالي فالشخصية تعكس الاختلافات الفردية ، حيث لا يوجد شخصان لهما نفس الشخصية و إنما نجد سمة معينة في شخص موجودة في شخص آخر و لكن الأفراد مختلفون من حيث مكونات الشخصية الذكاء و الميول و الاتجاهات ... الخ.

ب - محددات الشخصية : تتطوي محددات الشخصية على عوامل التي تلعب دورا في تشكيل شخصية الفرد

- العوامل الجسمانية : تؤثر العوامل الجسمانية على الخصائص و شخصية الفرد من خلال عاملين هما :

- تأثير العامل الوراثي على شخصية الفرد.

- تأثير بعض العوامل الجسمانية على شعور الفرد اتجاه نفسه ، و تأثير هذه المشاعر بدورها على الشخصية.

- العوامل الاجتماعية : تؤثر الأسرة في تكوين شخصية الفرد خاصة في مراحل النمو الأولى ، فالأسرة هي التي تعلم للفرد منذ طفولته القيم الخاصة و التي تؤثر بدورها على سلوكه في العمل و هذا من خلال :

- وضع ضوابط للسلوك الإنساني .

- يتزايد التعاون بين الجماعات كلما ازدادت درجة التماثل في قيم هذه الجماعات

- تزداد فعالية الدور القيادي للمدير كلما تماثلت قيمه مع قيم المرؤوسين ، و تقل فعالية القيادة كلما اختلفت قيمه مع قيم مرؤوسيه.

- إن معرفة الاختلافات في القيم الشخصية للأفراد يساعد على تفسير طبيعة المنازعات بين هؤلاء الأفراد داخل المنظمة ، كما يساعد التشابه في القيم الشخصية الخاصة بالمدير التي تؤثر في اختياره للأهداف الخاصة بالمنظمة ، كما تؤثر على قراراته اليومية في نفس الوقت.²

² - احمد جاد عبد الوهاب ، السلوك التنظيمي ، دراسة سلوك الأفراد و الجماعات داخل منظمات الأعمال ، حقوق الطبع محفوظة للمؤلف سنة 1996 ، ص 51

- كما أن التعليم أيضا يؤثر على شخصية الفرد من خلال التجربة و الخبرة السابقة ، و التعبير الدائم في السلوك الذي ينتج عن الخبرة المكتسبة ، و بمعنى ذلك أن اكتسب خبرة و تجربة أكثر كلما أدى ذلك إلى التغيير في سلوكه و تصرفاته.¹

العوامل البيئية : تشير البيئة إلى تلك الصفات المحيطة بالفرد، فالصفات الجغرافية لموقع سكن الفرد لها تأثير ملحوظ على الشخصية كما الدين واللغة والنظام السياسي والاقتصادي والعلاقات لها دور في تشكيل مكونات الشخصية .

و يمثل العمل جزءا مهما من البيئة التي تؤثر في تشكيل شخصية الفرد ، فلكل عمل شروطه ومتطلباته التي تلزم العاملين فيها بضرورة الامتثال إلى أنماط سلوكية محددة، وإلى ضرورة اكتساب معارف و قدرات فكرية وحركية لازمة لأداء العمل، ويتعدى تأثير ذلك إلى تأثير القيم والاتجاهات النفسية، فلكل عمل أو مهنة أخلاق معينة، فالطبيب والمحامي ومدير الجامعة لهم تقاليد سلوكية و أخلاق مهنية مميزة تؤثر في سلوك أصحابها.²

4-1-4- صفات الشخصية و أبعادها و أنواعها :

أ- صفات الشخصية: توجد مجموعة من الصفات العامة للشخصية تتمثل فيما يلي:

- إن الشخصية هي الكل المنظم للشخص ، و هذه الشخصية تعطي لشخص الأهمية و المعنى.
- من السهولة تنظيم الشخصية في أنماط يمكن ملاحظتها و قياسها .
- مع أن الشخصية لها أسسها البيولوجية إلا أنها تعتبر نتيجة للبيئة الثقافية و الاجتماعية التي يعيش فيها الشخص.

- يوجد للشخصية جوانب عميقة و جوانب سطحية و من أمثلة الجوانب العميقة العواطف المتعلقة بالأمور الدينية و القومية ، و من أمثلة الجوانب السطحية الاتجاهات نحو العمل لدى الفرد العامل.

- تحتوي الشخصية على صفات مشتركة و أخرى مختلفة ، فقد نجد شخصا يختلف عن شخص آخر في بعض الأمور و بنفس الوقت يتشابه مع الآخرين في جوانب أخرى.³

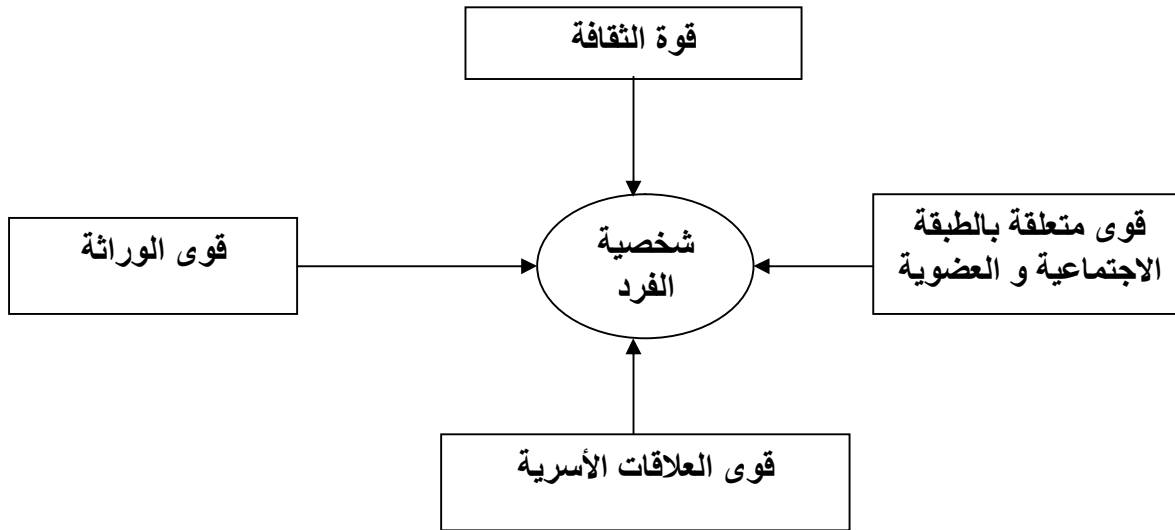
وعلى ضوء الصفات العامة للشخصية الآتية الذكر ينظر إلى شخصية الفرد بأنها عبارة عن مجموعة من الخصائص و الميول و الأمزجة المستقرة نسبيا و التي تكونت بالوراثة ، و من العوامل البيئية الاجتماعية و الثقافية هذه المجموعة من المتغيرات التي تحدد نواحي التشابه و الاختلاف في سلوك الفرد ، كما يظهر في الشكل التالي :

¹ - الحناوي ، السلوك التنظيمي ، دار الجماعات المصرية ، الإسكندرية ، سنة 1974 ، ص185

² - احمد ماهر ، السلوك التنظيمي ، مدخل بناء المهارات ، المكتب المصري الحديث، الإسكندرية ، 1986 ، ص189

³ - محمد بعد الله ، السلوك الإنساني في المنظمات ، الشركة العربية للنشر و التوزيع، القاهرة ، ط3 ، 1994 ، ص 97

الشكل رقم 08 : القوى الرئيسية المؤثرة في شخصية الفرد



المصدر : محمد عبد الله: السلوك الإنساني في المنظمات، الشركة العربية للنشر والتوزيع،

القاهرة ، ط 3 ، 1990 ، ص 98

ب - أبعاد الشخصية: إذا كانت الشخصية حسب غندوم هوز بأنها مجموعة الصفات الفزيولوجية والعقلية والعاطفية والاجتماعية للفرد، وعلى ضوء هذا التعريف يمكن تحديد مصادر تكوين الصفات وأبعاد شخصية الفرد والتي تؤثر على تشكيل السلوك أثناء تفاعل الفرد مع الظروف البيئية التي تحيط به وتفاعله مع الآخرين كمايلي :

- البعد الفسيولوجي: ويعني تركيبية جسم الإنسان كنظام متكامل يتصف به الفرد وتتفرع منه أنظمة فرعية مختلفة ، مثل نظام الحواس ، و نظام عمل عضلات الجسم ، ونظام عمل الأنسجة، ونظام عمل الغدد .

و بهذا فان البعد الفسيولوجي يحدد مكونات جسم الإنسان ، مثل طول القامة أو قصرها و لون البشرة ... الخ .

- **البعد الاجتماعي :** ويقصد بذلك القيم و العادات و التقاليد التي يكتسبها الفرد من المجتمع الذي يعيش فيه ويشمل البعد على جوانب عقائدية و خلقية و حضارية ...الخ

- **البعد العقلي :** ويعني قدرة الفرد على التفكير و استخدام قواه العقلية في الدراسة، وتحليله وتفسيره للظواهر والمشاكل التي تواجهه خلال فترة حياته و لهذا البعد علاقة بالذكاء و التعلم و الثقافة .

البعد العاطفي: ويعني الجانب الانفعالي والوجداني والحالة المزاجية التي يتصف بها الفرد.

إن كل فرد تطغى على سلوكه احد هذه الأبعاد فيتميز بها و يبرز سلوكه ، بحيث يحمل صفات هذا البعد فالفرد الذي في سن المراهقة أما إذا كان البعد الاجتماعي سيطر على الفرد فنجد أن سلوك الفرد نابع من البيئة الاجتماعية مثل : الكرم ، الصدق ، الدين ...الخ و في حالة سيطرة البعد العقلي على الفرد ، فنجد أن جل سلوكه نابع من قدرته على استخدام عقله بحيث تتسم قراراته بالعقلانية والاعتزان

وبعد النظر ، أما إذا كان البعد العاطفي مسيطرا على الفرد فنجد أن سلوكه نابغ من انفعالاته وعواطفه و مشاعره .

وبالرغم من سيطرة احد أبعاد الشخصية على سلوك الفرد ، إلا انه يمكن لهذا البعد المسيطر أن يختفي في ظرف معين ليحل محله بعد آخر من أبعاد الشخصية ليتماشى مع الطرف الجديد الذي يعيشه الفرد.¹

ج - أنواع الشخصية لتحديد سلوك الفرد داخل المنظمات :

أ - أنواع الشخصية : تواجه كافة المنظمات مشكلات أساسية في التعامل مع القوى العاملة داخلها و هذا راجع إلى النزاعات والصراعات المستمرة بين العاملين سواء كان الصراع بين الرؤساء والمرؤوسين أو المرؤوسين فيما بينهم، وحتى الرؤساء فيما بينهم ، وهذا راجع إلى اختلاف شخصية كل فرد ويمكن تحديد أنواع الشخصية كمايلي :

- **الشخص المتردد** : هو كثير التردد في حديثه وسلوكه يكره اتخاذ القرارات بنفسه يثور بسرعة ولا يستقر على الرأي

- **الشخص الصامت** : هو دائما يستمع إلى الآخرين دون أن يتكلم ، هادئ الطبع لا يظهر اعتراضاته أو رضاه و يصعب معرفة ما بداخله.

- **الشخص الثرثار** : الذي يتصف عكس الشخص الصامت فهو كثير الكلام يتحدث كثيرا في موضوعات العمل و غير العمل ، دائما يبدو غير منطقي في الحديث و يمكن أن يضيع الوقت دون اهتمام .

- **الشخص الجاد** : و هو دائما شخص ايجابي ، حاسم في معالجته للأمور و يجد الاقتراحات و الحلول للمشاكل التي تواجهه ، هو صريح يتحمس دون ملل مفاوض ماهر ، يقدم اقتراحات باستمرار .

- **الشخص الصديق** : حلو الحديث ، صرح بجاذبك في شتى الأمور ، سهل المقابلة يشعرك بالأمان ، قد يتركك إلى الأبد إذا كذبت عليه .

- **الشخص المتسرع المندفع** : تراه دائما متعجل في حديثه وأفعاله يقطع عليك الحديث قلق الشعور، قد يوافقك على رأيك ثم يعدل عنه بسرعة، وقد يؤدي إلى الإعاقة في العمل .

- **الشخص المتشكك** : ينتقدك دون مناسبة لا يأخذ أقوالك كقضية مسلما بها ، لا يثق في الآخرين، قد يبدو غير لبق في كثير من الحالات ، استفساراته كثيرة و متكررة

- **الشخص المتصلب برأيه**: ذو العقلية المغلقة ، دائما التشتت برأيه بشدة ، و إذا اقتنع برأي معين لا يغيره ، قد يغضب بسرعة يريد دائما أن يترك انطباعا بأهميته لدى الآخرين .²

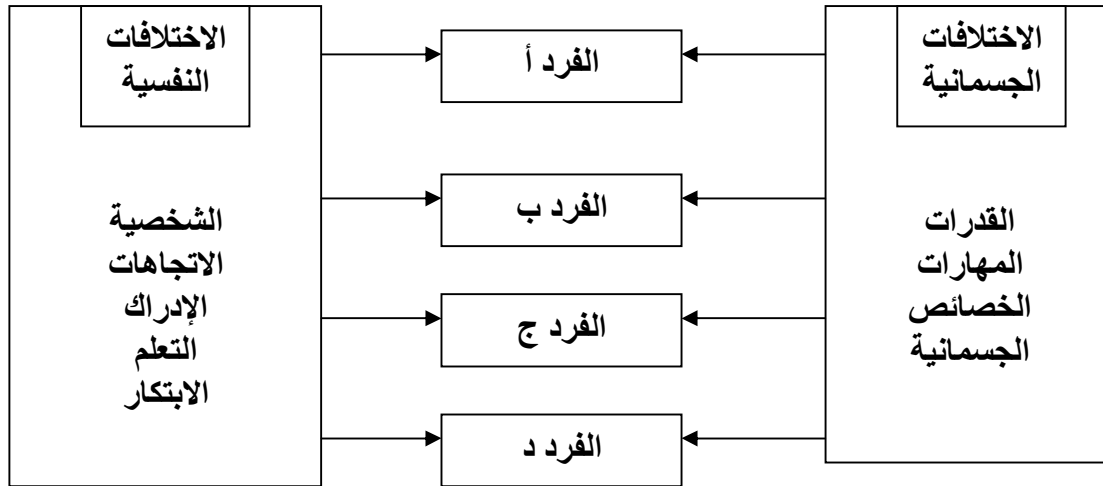
¹ - محمود سليمان العميان ، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال دار وائل للنشر، الجامعة الأردنية عمان، ط2، 2004 ، ص128

² - صلاح الدين محمد عبد الباقي ، السلوك الفعال في المنظمات ، الدار الجامعية ، الإسكندرية ، مصر ، 2002 ، ص91

فالاختلاف في شخصيات الأفراد يؤدي إلى وجود اختلاف و تمايز بين أفكارهم وبهذا يكون ترجمة حقيقية لسلوكاتهم داخل المنظمة.¹

والذي يسبب بدوره صواعق ونزاعات بين الأفراد ويكون أساسا على السلطة أو المكانة الاجتماعية أو قد يحتوي على صراع التفوق والنجاح، و قد ينصب على الحصول على نصيب أكبر من المعلومات أو المكافآت أو الترقيات... الخ²

الشكل رقم (09) : الاختلافات الجسمانية و النفسية للأفراد



المصدر: راوية حسن : السلوك التنظيمي المعاصر ، كلية التجارة ، جامعة الإسكندرية ، مصر ،

2002 ، ص 33

4-1-5- الشخصية الإدارية الإسلامية :

الشخصية في جميع العناصر مع تنوع مكوناتها تحدد سلوك الشخص ، و الذي يظهر من خلال أعماله وعلاقاته مع أفراد آخرين .

وتتعلق الشخصية الإدارية الإسلامية الناجحة من العقيدة و تقوم من مقومات الفكر الاجتماعي والعاطفة الإنسانية والإدارة الملتزمة والمقياس الإيماني للسلوك

كما تفرز عموما وحدة سلوكية و فكرية وعاطفية، والأمر هذا من سمات الشخصية الإسلامية الناجحة إداريا و كيف يمكن للمرء أن يبني شخصيته الإدارية طبقا لرؤية إسلامية.

فالشخصية عناصر أساسية و مقومات رئيسية تقوم بها ، بحيث تقرر هذه العناصر و المقومات طبيعة الشخصية و تحدد هويتها و آثارها السلوكية و التعاملية في خارج الذات الإنسانية . وتمايز الشخصيات يتحدد فيما يلي :

- الدوافع و الحوافز .

¹ - رمضان محمد الفدافي ، محددات الشخصية نظرياتها و اختياراتها ، الدار الجامعية المفتوحة ، طرابلس ، ليبيا ، 1993 ، ص 11

² - احمد صقر عاشور ، إدارة القوى العاملة (الأسس السلوكية و أدوات البحث التطبيقي) ، دار النهضة العربية للطباعة و النشر ، بيروت ، 1983 ، ص 218

- نوعية السلوك ومقاييس العمل.

فالشخصية الإسلامية هي الشخصية المصبوغة بصبغة خاصة و المتميزة بصبغة الإيمان و الإسلام و الالتزام بحدوده ، هذه الشخصية الإسلامية الملتزمة تقوم بمقومات رئيسية ، يتكون منها وجودها و تكتمل بتفاعلها و توازن حركتها و هذه المقومات هي :

- الفكر الاجتماعي .

- العاطفة الإنسانية.

- الإدارة الملتزمة .

- المقياس الاجتماعي للسلوك .

فتلك الركائز الأساسية الأربعة القائمة على أساس الإيمان بالله و الارتباط به هي العناصر التي تتكون بها الشخصية الإسلامية وتتميز بواسطتها عن الشخصية الأخرى وهي بدورها تتفاعل مع بعضها البعض لتكون المخطط الهادف واليقظ لتحديد الموقف السلوكي، حينما تتفاعل الدوافع والمحفزات والغرائز الواقعية خلف الشخصية، وعندما تحثك بمثيراتها المتواجدة في المحيط والبيئة الإنسانية التي تواجهها الشخصية في الخارج وبهذا يكون موقع الشخصية هو موقع حركة الذات بكل ما فيها من غرائز واتجاهات التي تختارها الشخصية وترغب في الظهور بها في العالم الخارجي حسب طبيعتها وماهيتها.

ومن المفيد هنا تحديد عناصر الشخصية الإسلامية لتكتمل فكرة الشخصية و العلاقة بين عناصرها الداخلية وتتضح هذه العناصر في السلوك الخارجي للإنسان في الفكرة، العاطفة، الإدارة الملتزمة المقياس الإيماني لسلوك، ويتميز الفكر الذي تقوم عليه الشخصية الإسلامية على العناصر الثلاثة التالية :

أ - طريقة التفكير .

ب - العقيدة.

ج - الثقافة.

أ - **طريقة التفكير:** هي المنهج والأسلوب الذي يمارس الفكر نشاطه وفق خطته ، كما أن الطريقة العقلية في التفكير تستطيع أن تدرك وجود القيم الروحية والأخلاقية، وبهذا تصبح الشخصية الإسلامية فقط تقوم بتدبير شؤون الحياة وفق طريقة نظيفة موصلة إلى الغايات الروحية السامية.

ب - **العقيدة:** تسهم إسهاما فعالا في بناء الشخصية لأنها تشكل النظرة التفسيرية للحياة والموجود و العالم الخارجي ، فتسلك كأساس لتصور الإنسان للمواقف و السلوك والعلاقات وكنمط لتقويم و إصدار الأحكام على الأشياء و فهمها .

وبهذا تمثل العقيدة أساس تصور الفرد للموقف و العلاقة والسلوك والتقويم للآخرين في كل مناحي الحياة وخاصة الفرد الإداري في المؤسسة

ج - الثقافة : تشكل الثقافة الركن الثالث في بناء الجانب الفكري في الشخصية و الثقافة ، ليست مجموعة المعارف التي يكتسبها الإنسان و يحتفظ بها بطريقة معزولة عن الحياة بعيدة عن الممارسة ، و إنما الثقافة هي المعرفة التي تؤثر في اتجاه السلوك و توجه حياة الفرد
والإنسان المثقف هو الإنسان المهذب، أي الإنسان الذي هذبت المعارف التي اكتسبها، كل سلوكه وخاصيته من الشوائب والانحرافات.¹

والثقافة من وجهة النظر الإسلامية هي المعرفة التي تساعد الإنسان على فهم الحياة و كيفية العيش فيها و بهذا تكون الثقافة جوهر الشخصية الإدارية و مادة بنائها .

4 - 2 - 4 - محددات السلوك لتكوين شخصية الفرد:

4-2-1- مبادئ السلوك :

لقد كان هناك إجماعا بين علماء النفس و الاجتماع على أن السلوك الإنساني تحكمه ثلاث مبادئ أساسية.

مبدأ السببية: أن السلوك الإنساني لا ينشأ من العدم ، و إنما ينشأ لمؤثرات مختلفة لما لتغير في الظروف الشخصية الذاتية للفرد فسيولوجية كانت أو سيكولوجية ، أو لتغيرات في ظروف البيئة الخارجية عن ذاته فالتغير أي تغيير يحدث حالة من عدم التوازن ، الأمر الذي يدعو الفرد لإتباع السلوك الذي يعيد له توازنه .

مبدأ الدافع: إذا كان للسلوك سببا فان له أيضا دافعا يوجهه ، فالدافع هو القوة الأساسية التي تثير السلوك وتحدد اتجاهاته، وقد يكون الدافع فسيولوجيا كدافع الجوع أو سيكولوجيا كدافع تحقيق الذات أو الانتماء والحب فالدافع يعتبر قوة محركة و موجهة في نفس الوقت، وتجدر الإشارة إلى ضرورة التفرقة بين الدافع و الحافز فبينما يكون الدافع داخليا، فإن الحافز مثير خارجي، ولذلك فانه بالإمكان النظر إلى الدافع بمفهوم الحاجة التي يسعى الفرد لإشباعها و يشعر بأهميتها و يدرك إمكانية تحقيقها .

مبدأ الهدف: إن السلوك الإنساني موجه دائما لتحقيق هدف محدد أو غاية معينة ، فلكل فرد يسعى دائما لإشباع حاجة معينة ، و لذلك فان السلوك الإنساني سلوك هادف من اجل تحقيق الفرد لشيء معين أو يحصل على ميزة أو يتفادى ضررا لشخصه أو لغيره.²

4-2-2- خصائص السلوك و مقوماته :

أ - خصائص السلوك : إذا كان السلوك البشري هو مجموعة التصرفات و التغيرات الخارجية والداخلية التي يسعى الفرد عن طريقها إلى عملية التأقلم و التوفيق بين مقومات وجوده، ومقتضيات الإطار الاجتماعي الذي يعيش بداخله، ومن هذا التعريف نستخلص تعريف الخصائص التالية للسلوك الإنساني:

- إنه نتيجة لشيء لا يظهر من فراغ.

¹ - <http://www.shawati.com> Date 16/06/2077 à 11h

² - كامل محمد المغربي ، مرجع سابق ، ص 27

- سلوك هادف: بمعنى انه يسعى لتحقيق هدف أو إشباع حاجة
- انه سلوك متنوع: أي انه يظهر بصورة متعددة حتى يمكنه التوافق مع المواقف التي تواجهه
- إنه سلوك مرن: انه يتعدل و يتبدل تبعاً للظروف و المواقف المختلفة علماً بان المرونة نسبية من شخص إلى آخر طبقاً لاختلاف مقومات الشخصية ، كل منهما و الظروف البيئية المحيطة بهما.¹
- ب - مقومات السلوك : لماذا يختلف سلوك الفرد عن سلوك الآخرين ؟
لماذا يختلف سلوك الفرد من وقت لآخر ؟ و هنا جعلنا نهتم بمعرفة المقومات التالية:
- 1 - الجنس :** أي أن تصرف الذكر يختلف عن تصرف الأنثى ، فالذكر يتصرف عادة بالجرأة و الإقدام و المخاطرة ، فيما تتصف الإناث بالحدز و الحيطة في نفس المواقف
- 2 - السن :** يتسم الشباب مثلاً بالتصور و سرعة الانفعال بينما يتسم كبار السن بالهدوء و الاتزان و التعقل كرد فعل لنفس الموقف
- 3 - الشخصية :** تلعب شخصية الفرد دوراً رئيسياً في سلوكه ، فاختلاف خصائص شخصية الأفراد هي التي تحدد ردود أفعالهم ، حيث لا يفعل أي شيء دون الوثوق من نفسه بنفس التصرف الذي يعكسه الشخص الشجاع ، أو أن يتساوى سلوك الشخص السلبي مع سلوك الشخص الايجابي و السلوك الهزلي مع السلوك الجاد و سلوك المسالم مع سلوك المجادل ، و سلوك المتسامح مع سلوك الحاقق .
- 4 - البيئة الخاصة:** و هي البيئة المادية و المعنوية التي يعيش الفرد في إطارها
- 5 - العوامل البيئية العامة :** و التي تعتبر محصلة التفاعلات بين مجموعات العوامل البيئية و العوامل الوراثية فالشخص الذي ينشأ في بيئة حضرية يختلف سلوكه عن الشخص الذي ينشأ في الريف ، حيث تختلف العادات و التقاليد²
- 4-2-3- علاقة الشخصية بالسلوك:**

ونشرح فيما يلي تأثير الشخصية على بعض جوانب السلوك على الأخص ما يمس منها سلوك العمل و الأداء

- **العلاقات الشخصية :** إن تميز الشخصية بصفات معينة يمكنها أن تؤثر في طريقة تعامله مع الآخرين فقد وجد مثلاً انه في ظروف القيادة من على بعد أن هناك اتصال مكاني بين القائد والمرؤوسين، استطاع القادة الذين تتميز شخصيتهم بالسيطرة و النفوذ أن يحققوا نجاحاً عالياً في التأثير عن مرؤوسيهـم و بالإضافة إلى هذا فقد وجد أن المديرين ذوي الدرجات العالية في مقاييس النزعة التسلطية يفضلون وجود فارق في المكانة الاجتماعية و مقدار السلطة في المجالات التنظيمية ، و هم يميلون عادة إلى استخدام الأوامر و التوجيهات الرئاسية و يحترمون القواعد و اللوائح و الإجراءات و هم ناجحون في المواقف التي تحتاج إلى التسلط و الضغط على المرؤوسين وتشير دراسات أخرى إلى أن الناس ذو

¹ - إبراهيم الغمري ، السلوك الإنساني و الإدارة الحديثة ، الدار الجامعات المصرية ، دون سنة ، ص 19

² - كامل محمد المغربي ، نفس المرجع ، ص 24

الدراجات العالية من خصائص الثقة يميلون إلى المساهمة بإيجابية في إثراء روح الجماعة و في تماسك و ترابط الجماعة و في تشجيع العلاقات الاجتماعية و تجنب المنافسة .

- **الحساسية للعلاقات الاجتماعية:** هناك مجموعة أخرى من الخصائص التي تشير إلى مدى حساسية الفرد للعلاقات مع الآخرين و هناك مجموعة من المقاييس تقيس التبصر الاجتماعي و المشاعر العاطفية و المشاعر الاجتماعية و الأفراد الذين يحصلون على درجات العالية في هذه الخصائص يتوقع أن يكون ناجحين في المجالات و الوظائف الاجتماعية و أن يكونوا مقبولين بواسطة أعضاء الجماعة التي ينتمون إليها و يميلون إلى التفاعل بصورة أغزر و أعمق و أفضل .

- **النزعة للسيطرة و الهيمنة:** يختلف الناس في حبه و نزعتهم للهيمنة و السيطرة و السيادة و الوصول إلى مراكز لامعة و عالية في التنظيم و هناك مقاييس تقيس خصائص مثل الحسم و السيطرة و حب الظهور و تشير الدراسات إلى وجود نتائج متعارضة في هذا الصدد بان الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية في هذه المقاييس ينجحون في القيادة و إدارة الآخرين على الأخص في الحالات التي تكون فيها الجماعات تحت ضغوط العمل أو أن جماعة العمل مهتمة أساسا بنتائج العمل و ليس بالعلاقات الاجتماعية

- **الاستقرار و الاعتمادية:** يتسم بعض الناس بإمكانية الاعتماد عليهم و أنهم مستقرين في أنماط تصرفاتهم و أن سلوكهم دائم الاتساق و انه يمكن توقع تصرفاتهم و أن سلوكهم تقليدي و يميل هؤلاء الأشخاص أعضاء مثاليين في تكوين جماعات العمل و تماسكها و الالتزام بقيم و قواعد الجماعة و خلافا لهذا فان الشخص متقلب المزاج و دائم التغير ينظر إليه كمصدر لمتاعب الجماعة التي ينتمي إليها

- **تحمل المخاطرة:** يختلف الناس في درجة تحملهم للمخاطرة و تثبت الدراسات أن الناس الذين يتميزون بدرجة عالية من المخاطرة يميلون إلى اتخاذ قرارات العمل بسرعة و استخدام معلومات اقل فيثقون في قدرتهم على اتخاذ القرار من أولئك الذين يتميزون بعدم ميل إلى المخاطرة

- **ضيق الأفق:** يشير ضيق الأفق إلى تميز صاحبه بعدم النقد الذهني و عدم المرونة ، و تشير الدراسات بان الأفراد و على الأخص المديرون منهم المسيرين يتميزون بضيق الأفق في يجبون أن يحددوا أعمال مرؤوسيههم بصورة تفضيلية و حاسمة كما أنهم يجبون رؤساءهم الذين يتبعون نفس النمط ، حيث أن الفرد الذي يتميز بتحمل المخاطرة و ضيق الأفق مع يميل الفرد الى تجميع معلومات اقل و اتخاذ سريع للقرار و عدم التنظيم السليم لوقت العمل و أداء عام منخفض و الغريب انه بالرغم من هذه المظاهر السلوكية غير المطمئنة فهم يشعرون بثقة في قدرتهم على العمل و الأداء .

- **رضى العمليات الوجدانية:** يختلف الناس فيما بينهم و ذلك بالنظر لمدى الرقي في عملياتهم الذهنية والوجدانية بقدرات أعلى فهم قادرين على تحمل و تلقي كميات كبيرة من المعلومات وهم قادرين

على استخلاص نتائج واتخاذ قرارات منها ، و قادرين على التكيف مع المواقف الاجتماعية المعقدة بصورة جيدة.¹

4-2-4- التعلم وعلاقته بتكوين شخصية الفرد :

التعلم هو عملية يمكن الاستدلال عليها من النتائج المتمثلة في تفسير سلوك الفرد ، و يبدو ذلك في شكل اكتساب مهارات جديدة ، و تنمية القدرات و التوافق مع البيئة بشكل أفضل من اجل السيطرة عليها .

حيث يرى العلماء بان تقسيم التعلم إلى ثلاثة أهداف عامة وشاملة وهي كما يلي :

1 - اكتساب الخبرة: و يعمل الكائن الحي ، من خلال هذا الهدف على التعرف على حقائق وتنمية خبراته المعرفية و العملية و يحرص رجال الإدارة و مدراء الأعمال على تحقيق هذا الهدف من اجل رفع مستوى الأداء و الفعالية لدى العاملين لديهم . عن طريق البرامج التكوينية و التعليمية التي تؤدي إلى رفع كفاءتهم و تنمية قدراتهم و توسيع مدى خبراتهم ، ونظرا لتجدد المعلومات بشكل سريع في وقتنا الحاضر و التقدم التقني الهائل الذي يشمل على جميع أوجه الحياة ، فقد أصبح التدريب و إعادة التأهيل من العوامل الضرورية من اجل ملاحقة و مسايرة التغيرات السريعة و قد دفع كثيرا من المنظمات الاقتصادية الإنتاجية و الخدماتية إلى إدلاء أهمية كبيرة لتلك البرامج

2 - تنمية الاتجاهات: أحيانا ما تسال بعض العاملين عن شعورهم اتجاه الأعمال التي يمارسونها فيجيبونها بان عملهم كان آخر شيء يفكرون في قبوله أو ممارسته قبل الالتحاق بتلك الوظيفة أو المهنة إلا أن اتجاهاتهم قد تغيرت و أصبحوا يحبونه بالطبع فان التغير الذي حدث لم يكن وليد الصدفة كما انه لم يحدث بشكل فجائي .

ويمكن تفسير ما حدث بأنه كان نتيجة خضوع العامل أو الموظف لعمليات التعلم مباشرة أو غير مباشرة أدت إلى تغيير اتجاهاته نحو عمله عن طريق ما يقرأه و ما يسمعه وما يشاهده أو ما يمارسه و نتيجة لاحتكاكه بالآخرين و التعرف على جميع الحقائق ذات العلاقة بالعمل

3 - تنمية المهارات: هناك العديد من المهارات التي يمكن تمييزها عن طريق التعلم سواء كان ذلك بشكل مباشر أو غير مباشر ، مثل المهارات العقلية و المهارات الفنية و المهارات العضلية و المهارات الاجتماعية و غيرها ، و يحتاج الفرد في سلوكه الحياتي أو العملي إلى كل تلك المهارات لكي يصبح على استعداد للقيام بدوره كاملا في المجتمع كعضو قادر على فهم و إدراك ما يحيط به ، و قادر على إقامة علاقات اجتماعية وصلات إنسانية مع غيره من الأفراد و قادر على ممارسة حرفة أو عمل من اجل تحقيق الكفاية الذاتية.²

¹ - عبد الغفار حنفي ، السلوك التنظيمي و إدارة الأفراد ، جامعة الإسكندرية ، و بيروت العربية ، 1997 ، ص104

² - رمضان محمد القذافي ، العلوم السلوكية في مجال الإدارة و الإنتاج ، المكتب الجامعي الحديث، الازارطة ، الإسكندرية ، مصر ، ط1 ، 1997 ، ص 179

4-2-5- القيم أنواعها و أهميتها و مستوياتها و أثرها على السلوك :

إذا كانت القيم هي مجموعة من الأحكام و المعايير التي تنتبثق عن مؤسسة ما تكون بمثابة موجّهات للحكم على الأعمال و الممارسات المادية و المعنوية و تكون لها من القوة و التأثير على مؤسسة بما لها من صفة الضرورة و الإلزام و العمومية.

إلا أن الفيلسوف شبرانجر ينظر إلى القيم على أنها تقسم إلى ست مجموعات و هي كما يلي :

- **القيم النظرية** : و هي تهتم بالكشف عن الحقيقة من خلال منهج علمي يسعى وراء التشابه و الاختلاف بين الأشياء دون النظر إلى المنفعة أو الجمال ، أي أن الهدف و الغاية الأساسية هي البحث عن المعرفة و تحصيلها دون النظر إلى كم الانجاز أو التحصيل و تسعى القيم النهائية أو المستديمة مثل : (الحرية ، الأمان ، و العدالة و السعادة) .

- **القيم الاقتصادية** : و هي تهتم بالنتائج العملية و العوائد المحققة أو المرتقبة و هي كثيرا ما تتعارض مع القيم النظرية ، و قد تكون قيم ايجابية مثل حب العمل و الإنتاج و الاقتصاد في الاستهلاك و قد تكون سلبية مثل : الاتكالية ، و عدم التخطيط للمستقبل و الفوضى و عدم المرونة في التعامل و نفاق السلطة و الخوف منها ... الخ .

- **القيم الجمالية** : و هي تسعى وراء الشكل و التناسق و تنصب على الجانب الفني من الحياة و ترى بان الجمال أهم ألف مرة من الحقيقة مثل : (الحب ، التسامح ، الشجاعة ، النظافة) .

- **القيم الاجتماعية** : هي عمل الخير ، تدعو إلى الحب و ترى بان الهدف الأساسي من العلاقات الاجتماعية و هي اندماج الفرد داخل الجماعة و تجريده من الأنانية و حب الذات و خلق روح المشاركة و العمل الجماعي .

- **القيم السياسية** : القوة هي الاهتمام الأساسي لهذه القيم و السعي وراء القوة ، هو الدافع الأساسي للحركة و العمل و التنافس و الصراع على القوة يلعبان الدور الهام في الحياة و القوة توصل إلى السلطة و السيطرة و القدرة على التأثير في الحياة و الناس لا مجالات السياسة فحسب بل في كل المجالات مثل : (الحرية التعبير الديمقراطية ، تداول السلطة و الشورى ، التنمية) .

- **القيم الدينية** : الإحساس بوجود قوة روحية تنظم الكون هي الحقيقة الأسمى التي تدور حولها هذه المجموعة من القيم و هي تعني التجرد من الذات و الاندفاع في الحياة بما يشبع النفس الإنسانية و بما لا يضر بالآخرين ، و هي تقوم على الأخلاق و الإيمان بالله الخالق مثل : (الالتزام، الإتقان ، الإحسان ، الوفاء بالعهد أداء الأمانات ، حسن التعامل ، الصدق ، الشفافية، النصح ... الخ)¹

أ - **أهمية القيم**: القيم بمثابة الميثاق الأخلاقي لأي مؤسسة من المؤسسات إذ على أساسها تبقى القرارات و ترسم الخطط و توضع السياسات و تتخذ الإجراءات و تبنى النظم و تحدد الأسس و المعايير

¹ - محمد أكرم العدلوني ، العمل المؤسسي ، دار بن حزم للطباعة و النشر و التوزيع بيروت ، ط 1 ، 2002 ، ص 40

و تقام العلاقات و تقدم الخدمات ... الخ ، و لا يمكن وجود مؤسسة بدون قيم و بهذا يمكن رصد الفوائد التالية للقيم :

- تمثل القيم معنى السلوك و دلالاته ، ذلك انه لا يمكن فهم نشاط معين لفرد أو مجموعة إلا في الإطار الاشملي لنشاط هذا الفرد أو تلك المجموعة فتضحية الفرد بمصالحه من اجل المجموع لا يمكن فهمه إلا في إطار القيم العامة لهذا الشخص و المتمثلة في أن المصلحة العامة لديه أهم من مصلحته الشخصية .

- تحديد القيم التزامات الأشخاص و دوافعهم بعيدة المدى و هي كثيرا ما تكون غايات فيحد ذاتها فإيمان مجموعة من الناس بقيمة حريتهم في التعبير يجعلهم ملتزمين بتحقيق هذا الهدف و لو وضعوا في سبيله المال و الجهد و الحياة في بعض الأحيان .

- تساعد القيم في فهم الشخصية و تحدد اطر التعامل معها في كثير من الأحيان ، فحينما نتاح للإنسان عدة بدائل للسلوك نستطيع الحكم على شخصيته من خلال ما يختاره من هذه البدائل .

- القيم الايجابية تقلل نسبة الخطأ إلى حد ممكن و تقلل من التكاليف ، فأصحاب القيم يؤدون الأعمال التي يكلفون بها بأقل تكاليف ممكنة و بأعلى درجات الإتقان ، و هم في نفس الوقت يسعون لاستخدام الأمثل للموارد المتاحة بعكس الذين يفتقدون للقيم فأنهم بالإهمال أو بسوء لقصده قد يسرفون و يبذرون في الموارد المتاحة هذا ما يزيد تكلفة الإنتاج و العمل .

- تساعد القيم الإنسان في تحرر من الأنا و الذاتية و تجعله يسلك سلوك أكثر ايجابية نحو مشكلات الآخرين مما يساعد على تنمية أواصر المحبة والتعاون بين الأفراد .

- تختلف القيم نوعا من أنواع الضبط خارجي فتجعل هناك حدودا فاصلة بين معايير الخير والشر ، وحينما يضعف الاقتناع بالقيم وتتعرض للاهتزاز وتفقد أثرها في التفوق يحدث ما يسمى بالوهن الخلقي فتضطرب المعايير و تضعف قدرتها على توجيهي السلوك فلا تصبح المفاهيم الإنسانية واضحة المعالم

ب - مستويات القيم: تعتبر القيم من العوامل الرئيسية التي تسعى لها المؤسسات الحديثة لتحقيق أهدافها و تطوير أداء موظفيها ، و تمثل القيم (قوة دفاعية) للمؤسسة و أفرادها و تعبر عن شخصياتها و تميزها عن غيرها و يؤثر على أدائها و قراراتها على جميع المستويات ، و من المعلوم انه لا توجد مؤسسة بدون قيم حتى و إن كانت هذه القيم خفية و غير واضحة أو متداولة و إيماننا من المؤسسة الحديثة بأهمية القيم و أثرها فإنها تحرص على إيجاد ثقافة تنظيمية موحدة لدى جميع العاملين بها بمختلف مستوياتهم الإدارية ووظائفهم من خلال منهجية العمل و طرقه و أنماطه و ممارساته و تسعى جاهدة إلى ترسيخ ذلك في الواقع العملي و لذلك تم وضع القيم ف نسق أو منظومة بحيث تؤدي هذه المنظومة إلى تفاعل القيم مع بعضها و بالتالي تعمل على تحقيق الأهداف و لتنظيم سلوك الفرد و المؤسسة¹

¹ - محمد أكرم العدلوني ، مرجع سابق ، ص 45

الجدول رقم 04 : القيم الموجود داخل المنظمة

الرقم	القيم	الوصف العام
1	القيم الجوهرية	وهي القيم التي تنطلق منها و تعتمد عليها بقية القيم و تمثل عناصر أساسية في المؤسسة ، وغالبا ما تأخذ الطابع الفلسفي الأخلاقي كالصدق والعدل والاحترام المتبادل و في الحقيقة فان هذه القيم مطلوبة قبل أن تبدأ المؤسسة عملها ووضعت خططها و منها على سبيل المثال التطوير المستمر الدعم المتواصل و التدريب المتواصل
2	القيم الأساسية	تمثل خصائص و صفات المؤسسة وخدماتها وبرامجها ومنتجاتها ، تعمل على تحقيق رؤية ورسالة المنظمة وأهدافها و إذا نجحت المؤسسة في الحفاظ على هذه القيم والالتزام بها ، فإنها تسبب ظهور القيم في المستوى التالي، و منها على سبيل المثال : الجودة ، الشمولية ، التخصص
	القيم البنائية	نتيجة للالتزام المؤسسة بالقيم السابقة و العمل من اجل انتشارها فتظهر هذه القيم التي هي مخرجات أو نتائج للقيم السابقة و منها على سبيل المثال : الفعالية و الكفاءة و الإنتاجية ، المسؤولية ، الالتزام
4	القيم المميزة	و هي القيم التي تنشأ و تتكون بمرور الوقت نتيجة للالتزام المؤسسة بعملها و ثباتها و حفاظها على القيم في المستويات الثلاث السابقة و تعتبر هذه الغايات بعيدة المدى تسعى المؤسسة أن تتميز و منها على سبيل المثال مؤسسة دائمة التعلم و التجديد و تطور الأداء و الانجاز

المصدر : محمد أكرم العدلوني ، العمل المؤسسي، دار ابن حزم للطباعة والنشر والتوزيع،

بيروت ، ط1 ، 2002 ، ص 46

و بما أن الإنسان بطبعه أناني يفضل نفسه على الآخرين يحب الظهور و بسط القوة و التمركز فتكون القيم التي تكونت لديه أساسا لوضع الخطط المبنية لتحقيق المصالح الشخصية و فرض المكانة بين الأفراد الآخرين داخل المؤسسة الواحدة و بهذا تكون القيم ايجابية كما تكون سلبية و ذلك حسب المحيط الذي انبثقت منه.

4-2-6- الثقافة و أثرها على سلوك الفرد داخل المنظمة

أ - وظيفة الثقافة : إن الثقافة عبارة عن نسق منظم للسلوك ترتبط به مجموعة من الأفكار و المعايير و القيم التي تدعمه ، إلا أننا لا بد أن نعرف الجانب الوظيفي لهذا النسق ، لمعرفة كيفية عمل الثقافة في أي مجتمع

- من الوظائف التي تقوم بها الثقافة و التي يتفق عليها علماء الاجتماع

- الثقافة تحدد المواقف : و هذا معناه أن الثقافة تزود الفرد بمعاني الأشياء و الأحداث بحيث تمكنه دائما من أن يستمد منها مفهوماته الأساسية ، فيستطيع من خلالها أن يحدد ما هو طبيعي و غير طبيعي ، و ما هو منطقي أو غير منطقي أو ما هو أخلاقي ليتزود في النهاية بالقيم و الأهداف و من هنا تتسم المواقف المختلفة بالنسبة للثقافة

فالثقافة تحدد للأفراد مختلف المواقف و بالتالي تحدد لهم أنماط السلوك الواجب إتباعها في كل موقف .

- **الثقافة تحدد الاتجاهات و القيم و الأهداف** : الفرد يتعلم من ثقافته حدود الحق و الخير و الجمال لذلك تحدد لديه الاتجاهات و القيم و الأهداف عن طريق الثقافة لأنه في العادة يتعلمها بطريقة لاشعورية تماما كما يتعلم اللغة أما الاتجاهات فهي ميول الشعور أو الإحساس بالفعل أو السلوك بطرق مختلفة ، أما القيم فهي كما قدمنا مقاييس لكل ما هو حسن أو مفضل أو مرغوب فيه ، كما يعتبر الارتباط أو الساند الوظيفي بين الاتجاهات و القيم ، و الأهداف تحدد من مواهب أفراد المجتمع و تشكل بوجه عام طريقتهم و نظرتهم العامة للحياة .

- الثقافة تزود الفرد و المجتمع بأنماط السلوك : فمن خلال حياته يتعلم الفرد أساليب مهنية للمحاولة والخطأ فيجد الفرد في انتظاره منذ لحظة الميلاد مجموعة من أنماط السلوك تنظم له حياته، عليه فقط أن يتعلمها و يتبعها و لولاها لما استطاع أن يحيا اقرب بحياة الحيوان، و على ذلك فان الفرد من مهده حتى لحده سجين ثقافة مجتمعه فهي تحدد له أنماط سلوكه و أهدافه و هي التي تقيم تصرفاته و تجاربه.¹

ب - البيئة الثقافية وتكوين الشخصية : من خلال الحدود الثقافية المقررة للسلوك يختار المجتمع بطريقة غير مباشرة نمط الشخصية المتوافق و الناجح و في هذا الصدد نجد انه على الرغم من التأثير العام للثقافة إلا انه لا يمكن بحال من الأحوال أن نجد شخصين تلقائيا لهم تنشئة اجتماعية بنفس الطريقة أو الأسلوب و بالتالي لا يمكن أن توجد شخصيات متماثلة تماما ، و تفسير ذلك يكمن في اختلاف درجة ما يعرف بالمشاركة الثقافية التي يقوم بها الفرد .

و في هذا الصدد نستطيع أن نميز بين ثلاثة أنماط للاختلافات الثقافية و هي :

- الاختلافات الواضحة في مدى تنوع المعرفة و المهارات اللازمة و الضرورية للمجتمعات.

- اختلاف انساق الضبط الاجتماعي لتي تتدرج من الأنساق السرية لهذا يمكن اعتبار التنوع في درجة تعقد المجتمع يتيح فرصة أوسع لتنوع أنماط الشخصية . و بهذا فان الاختلاف في سمات الشخصية في المجتمعات المختلفة يرجع في المحل الأول إلى تأثير الثقافة و معنى ذلك أن كل نمط ثقافي يمكن أن يؤدي إلى تثبيت سمات معينة في الشخصية و من ابرز الأدلة على ذلك :

¹ - السيد عبد العاصي السيد ، المجتمع و الثقافة و الشخصية ، دار المعرفة الجامعية ، الازارطة ، مصر ، 2003 ،

- اختلاف التربية و التعليم تؤدي إلى اختلافات في الشخصية ، كما أن اختلاف العقيدة الدينية يمكن أن يؤدي إلى ذلك.

- إن الاختلاف بين التنظيمات الاجتماعي الكبرى في المجتمع مثل الاختلاف بين المجتمع الريفي و المجتمع الحضري يؤدي إلى اختلافات جوهرية في أنماط الشخصية .

- و من ابرز العوامل التي تؤدي إلى اختلافات جوهرية في الشخصية ، الحقائق المتعلقة بالتغير الثقافي و من المعلوم أن التغير الثقافي يصاحبه تغير اجتماعي يؤدي إلى إحداث تجديلات و تعديلات في المعايير الاجتماعية و القيم و الاتجاهات و قد يمتد التغير إلى أساس التنظيم الاجتماعي.

4-3- تكوين شخصية أصحاب السلطة الإدارية والسلطة الطبية وأثرها على أحداث الصراع داخل المستشفى:

4-3-1- تكوين أصحاب السلطة الإدارية في القطاع الاستشفائي :

يمثل تحسين و تطوير قطاع التكوين من أهم الاستثمارات في البلاد فقد عرفت الجزائر غداة الاستقلال مشاكل عدة منها مشكل التأطير الذي نجم عن الرحيل الجماعي لإطارات الاستعمار الفرنسي مع قلة المتكويين من أبناء الوطن بسبب سياسة التجهيل التي مورست عليهم، وهكذا اتجه الاهتمام إلى قطاع التكوين في جميع مراحلها، باعتباره المموم الرئيسي للموارد البشرية الكفؤة القادرة على رفع التحدي المفروض لاسيما في مجال التسيير والإدارة ولا يزال الاهتمام قائما بهذا القطاع لضمان الاحتياجات فيما يتعلق بالتأطير والتسيير .

ولكن رغم الإمكانيات التي يتوفر عليها قطاع التكوين بـ 25 مدينة جامعية و سبع جامعات كبرى وستين معهدا وطنيا للتعليم العالي، و إحدى عشر مدرسة عليا فان التكوين عموما ، وتكوين إطارات التسيير لم يصل إلى الحد المطلوب و لم يلبي إلا نسبة صغيرة من حاجات التكوين .

لم يتخرج مدير والإدارة الصحية الذين يتلقوا تكويننا متدرجا بالضرورة المتخصصة في تكوين المسيرين فضلا عن التخصص في تسيير المؤسسات الصحية ، وفي هذا الإطار تتعرض لأنواع التكوين التي تبنتها الهيآت الرسمية :

1 - التكوين المتدرج: و هو الذي ينتقل إليه الناجحون في امتحان شهادة التعليم الثانوي ، يتلقون تكويننا لمدة أربع سنوات في فروع متعددة منها المتخصص في تسيير المؤسسة الصحية .

أ - المعاهد الجامعية : و تتضمن برامجها تكويننا متدرجا عاما يتعلق في بعض جوانبه بالتسيير ، كالحقوق و الاقتصاد و العلوم السياسية و هو يفتقر إلى الاحتكاك الميداني .

وعلى كل فرغم إصلاح التعليم العالي عام 1979 و ميلاد الجامعة الجزائرية و تنظيم بعض المعاهد في عام 1974 ، إلا أن الدفعات المتخرجة من هذه المعاهد لم تكن مزودة بالمعرفة الكافية لإحداث التغيير في المؤسسات و يبقى الأمر على حاله إلى غاية التسعينات التي عرفت تزايدا في عدد المتخرجين ، و كانت الفروع التي شهدت الارتفاع الأكبر إضافة إلى العلوم الدقيقة ، العلوم الاقتصادية و

التجارية و يبرز ذلك بمحاولات التعديل و التكيف التي اقتضتها الإصلاحات الاقتصادية التي اجتاحت الدول النامية و الاشتراكية.

حيث أعيد طرح إشكالية تكوين الإطارات لماذا تكون ؟ و لأي غرض ؟

شرع في تطوير البرامج بالتخلي عن بعض المقررات و إدخال مقررات جديدة كاستقلالية المؤسسات و إعادة الهيكلة في معهد الحقوق ، كما أدرجت في معهد العلوم الاقتصادية مقررات كالاقتصاد القياسي الاقتصادي الكلي ، و التسيير الاستراتيجي و التسويق لدراسات ما بعد التدرج في التسيير¹

ب - المدرسة الوطنية للإدارة : و هي أول المؤسسات المتخصصة في تكوين الإطارات المسيرة ، وقد بلغ عدد الإطارات المتخرجة منها سنة 1968 أي بعد الأربع سنوات الأولى من التكوين 39 متخرجا و توالى الدفعات منذ تلك السنة و عدد متخرجيها لم يقل عن ثلاثين إطارا في العشرية الموالية .
تمتاز هذه المؤسسة بالجدية و الحرص على تطبيق البرامج ، و الصرامة في التزام الطلبة بالمواظبة و حسن المتابعة قصد تكوين إطارات و قادة لهم المنهجية و الطريقة الإدارية العلمية الصائبة في تسيير المؤسسات الاجتماعية و من بينه المستشفى العمومي².

2 - التكوين ما بعد التدرج المتخصص : و تتضمنه المؤسسات أو المعاهد المتخصصة خاصة في تخصص للتسيير الصحي ، فهو يمتد على مدى سنة كاملة دون انقطاع يوجه للإطارات السامية و الوسطى و يحتوي على الوحدات المالية و المحاسبة و الصيانة و التسويق و تسيير الموارد البشرية ، تشرف عليه المدرسة الوطنية للصحة العمومية التي سنتحدث عنها فيمايلي حيث برمجت أول مسابقة للانضمام إلى فوج لتكوين ما بعد التدرج المتخصص بتاريخ 15 سبتمبر 1997 في إدارة أعمال المنظومات الصحية.

أ - المدرسة الوطنية للصحة العمومية : نشأت بمرسوم (89-11) في بداية سنة 1989 لضمان تكوين المتخصص لموظفي التاطير و الإدارة و التسيير للمؤسسات الصحية التابعة لقطاعات الصحة العمومية .

كما أن مديري إدارة الصحة الذين تلقوا تكويننا متدرجا لم يتخرجوا من مؤسسة واحدة ، وهكذا فقد ساهمت المدرسة الوطنية للصحة العمومية هي الأخرى في تخريج هذه الفئة من خلال دورة تكوينية لمدة سنة واحدة تفتح بعد مسابقة بين المترشحين الحاصلين على شهادة الليسانس في العلوم الاقتصادية فرع تسيير و تخطيط أو شهادة في ليسانس في العلوم المالية أو أي شهادة ماثلة ، ولكن أيضا لموظفي إدارة الصحة المنتميين إلى الصنف المرتب في الدرجة 14 الذين يثبتون اقدمية سنتين على الأقل في القطاع الصحي.

¹ - حسن عداد ، نفس المرجع ، ص 28

² - مرسوم (64-155) 1964 المتضمن إنشاء المدرسة الوطنية للإدارة بالجزائر

و التكوين بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية ليس مقتصرًا على هذا بل تضمن الإشراف على تنظيم دورات تحسين التكوين في برامج طويلة و متوسطة و قصيرة المدى ، و ندوات في التسيير و في مجالات أخرى طبية و تقنية لموظفي الصحة العمومية¹

3 - دورات تحسين التكوين : و هي دورات قصيرة في الزمن نسبيا تضمنها المدرسة الوطنية للصحة العمومية ، و أحيانا المدرسة الوطنية للإدارة و تسمح للإطار المسير أن يتابع تكوينه دون أن يفصل عن منصب عمله بصفة كلية فهي دورات تدوم بضعة أيام من كل شهر ، ثم يعود المعنيون إلى الممارسة في مناصب عملهم حيث يتوجه هذا التكوين في الأصل إلى :

- الاقتراب قدر الإمكان من المؤسسات الإدارية لتكوين المسيرين من خلال أيام دراسية و ملتقيات جهوية ووطنية .

- تنويع البرامج حسب الفئات الاجتماعية المهنية ، طبيعة المؤسسات و خصائص كبار السن و ذلك وفق البرامج المرتبطة بالكثافة و المدة الزمنية التي يستغرقها التكوين .

- إن هدف هذا النوع من التكوين بالدورات هو ضمان استقرار أكبر في الحياة المهنية للمشاركين و إدماج الإطارات قصد تحقيق التوافق بين التكوين والنشاط المهني.²

الجدول رقم 05 : التكوين بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية لسنة 2005

التاريخ المتوقع	الأشخاص المعنيين	المدة	تعريف المنصب
فيفري	- رئيس المؤسسة - إطارات التسيير	18 شهر 4 أيام في الشهر	تخصص تسيير منظمات الصحة
فيفري	- إطارات مكلفين بتسيير العمل	18 شهر 4 أيام في الشهر	تخصص تسيير الموارد البشرية
فيفري	- اطارات مكلفين بالمالية	18 شهر 4 أيام في الشهر	تخصص مالية و محاسبة
فيفري	ممارسة لصحة العمومية	12 شهر 4 أيام في الشهر	ممارسين مفتشين
ماي	اطارات تسيير الموارد البشرية	عشرة أيام	دروس افرقية في تسيير الموارد البشرية
ماي - جوان	- إطارات مكلفين بتسيير المستخدمين	14 يوم	دروس وطنية في تسيير الموارد البشرية
ماي - فيفري	- اطارات مكلفين بتسيير	4 أشهر	تسيير النشاطات الصحية

¹ - برنامج تكوين إطارات تسيير القطاعات الصحية العمومية ، بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية ، تحت إشراف وزارة الصحة و السكن و الإصلاح الاستشفائي ، الجزائر ، 2005

² - حسن عداد ، نفس المرجع ، ص30

	4 أيام في	النشاطات الصحية	
التقييم الاقتصادي للنشاطات الصحية	4 أشهر 3 أيام في الشهر	- اطارات التسيير - أطباء منسقين	سبتمبر - ديسمبر
تسيير المخزونات و توزيعها	4 أيام دورتين	مستخدمين مكلفين بالمصالح الاقتصادية	مارس
تسيير الاستقبال و المصالح الاستشفائية	4 أيام دورة	- رؤساء المؤسسات - اطارات التسيير	ماي
تسيير النظافة الاستشفائية و الخدمات الأمنية	4 أيام دورة	- رؤساء المؤسسات - اطارات التسيير	مارس
تسيير الأسواق العمومية	4 أيام دورة	- اطارات تسيير المستخدمين للمصالح الاقتصادية	نوفمبر - ديسمبر
تقنيات الاتصال	3 أيام دورتين	- اطارات تسيير - مسؤولين لخلايا الاتصال	افريل
حساب الكلفة	3 أيام دورتين	مستخدمين الصحة مكلفين بالمالية و حساب الكلفة	مارس
تسيير الصراعات و العلاقات الاجتماعية	3 أيام دورتين	- رؤساء المؤسسات - اطارات التسيير	سبتمبر
تسيير الأداء	3 أيام دورتين	- رؤساء المؤسسات - اطارات مكلفة لتسيير المستخدمين	افريل
مشروع المؤسسة	3 أيام دورتين	- رؤساء المؤسسات - اطارات التسيير	ماي
مخطط الحسابي للمؤسسة	3 أيام دورتين	- مستخدمين مكلفين بالمالية - اطارات تسيير	نوفمبر
المنازعات الإدارية	4 أيام دورة	- رؤساء المؤسسات - اطارات التسيير	نوفمبر - ديسمبر
التقارير الإدارية	3 أشهر 3 أيام في الشهر	محترفين في الصحة	سبتمبر - ديسمبر
ممارسة الإعلام الآلي مستوى أول	4 أشهر 5 أيام في الشهر	محترفين في الصحة	افريل - جوان

ممارسة الإعلام الآلي مستوى ثاني	3 أشهر 5 أيام في الشهر	محترفين في الصحة و مختصين في الإعلام الآلي	أفريل - ماي
PI-INFO	شهرين 5 أيام في الشهر	أطباء تقنيين ممارسين على مستوى المصالح الوقائية	جانفي - فيفري
انجليزية طبية	6 أشهر 3 أيام في الشهر	مستخدمين طبيين	فيفري - ديسمبر

www.ensp.dz, Date 04/03/2007 à 21h

4-3-2- تكوين أصحاب السلك الطبي في القطاع الاستشفائي :

الطبيب يحتاج إلى درجة عالية من التخصص ، حيث أن فترة التعليم و الممارسة التي ترتبط بهذه الوظيفة و التي تمتد إلى عشرة سنوات ، تجعله فرد متميز عن الأفراد العاديين ، لماله من مهارات فردية تمنحه تلك المرتبة ، فالطبيب لابد و أن يكون قادرا على حل جميع المشاكل المرتبطة بالجسم و في الوقت ذاته لابد و أن يمنح درجة عالية من الاحترام و القوة لأنه يتعامل مع الحياة و الموت .

فالتعليم الطبي يسهم في تحقيق النشأة الاجتماعية للأطباء داخل النسق العلاجي باعتباره وسيلة تكسب الأطباء قدرا من الدافع و تمكنهم من انجاز الأفعال الاجتماعية المتوقع منهم انجازها بواسطة الآخرين ، كما أنها وسيلة تمد الأطباء بخبرات متنوعة ترتبط بأدائهم لدورهم و كيف أن أداء هذا بالصورة المتوقعة منهم تقابل بالجزء الايجابي ، و أن عدم أدائها بالصورة المتوقعة منهم تقابل بالجزء السلبي ¹.

و قد اعتبر العرب في مجال التكوين الطبي أول من انشئوا مدارس الطب و المستشفيات على الأسس المعروفة الآن ، و لذلك فان أسس التعليم الطبي تعتمد على المستشفيات كمؤسسات صحية و تعليمية في آن واحد ، و في هذا الصدد يؤكد الطبيب العربي المشهور علي بن العباس على ضرورة العمل في المستشفى بصورة منتظمة ، و يقول لدارس الطب مما ينبغي لطالب هذه الصناعة أن يكون ملازما لمواضيع المرض كثير المداولة لأموهم و أحوالهم مع الأساتذة، كثير التفقد لأحوالهم و الأمراض الظاهرة فيهم ، فانه إذا فعل ذلك بلغ من الصناعة مبلغا حسنا فلذلك ينبغي لمن أراد أن يكون طبيبا فاضلا أن يتخلق بما ذكرنا من الأخلاق فإذا فعل ذلك كانت مداولته للمرض مداولة صواب ، ووثق به الناس ، و مالوا إليه و نال المحبة و الكرامة منهم و الذكر الجميل ، و لم يعدم مع ذلك المنفعة و الفائدة من قبلهم. ²

و الملاحظ على التعليم الطبي منذ منتصف القرن الثالث هجري ، انه بدأ يركز على الأخذ بالأساليب العلمية و الاهتمام بالتجريب الطبي و تحضير الأدوية المستعملة في علاج بعض الأمراض

¹ - نادية عمر ، العلاقات بين الأطباء و المرضى ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر ، 1993 ، ص 233

² - ادوارد جي براون ، الطب العربي ، ترجمة داود سليمان علي ، دار الشؤون الثقافية العامة ، بغداد ، ط 2 ، 1986 ، ص 57

معمليا ، و قد نشأت مدارس الطب في العالم الإسلامي على تدريب وفق منهجين نظري في المدارس الطبية و ما يصف لهم العلاج ، و إذا اجتاز الطلاب مدة الدراسة تقدموا للامتحان ثم اقساموا اليمين عهد ابو قراط و نالوا الشهادة ثم إذا هم بدأو ممارسة الطب كانوا دائما تحت رقابة الدولة¹

حيث كان يشمل ذلك التعليم تجديد المعلومات الطبية و تنميتها إلى جانب التعليم قبل العمل مثل تدريب أطباء الريف للحصول على درجة علمية تخصصية عليا

فالتدريب الطبي في المجتمعات الأوربية فانه واجب لازم على الطبيب لتحصيل الخبرات الطبية الجديدة أولا بأول ، بل أن وصوله إلى المكانة المهنية المطلوبة مرهون بالدرجة الأولى و متوقف أساسا على المعرفة الطبية المتخصصة و على مدى إدراكه لمغزى الإجراءات المهنية.²

و يتخذ هذا التدريب شكل الاحتكاك الشخصي بين المتدربين و المدربين من القدامى في التخصص ، و من تلك يتضح لنا حقيقة الطب كقوة اجتماعية تتيح للطبيب ممارسة سلطاته الواسعة على المرضى .

كما يأخذ النسق الطبي في مجتمعنا العربي بهذا النظام من حيث التدريب الدائم للأطباء ، وتشجيعهم على الحصول على الدرجات العلمية العليا ، بالإضافة إلى سعي الأطباء أنفسهم لتنمية مهلاتهم ذاتها للحصول على درجة عليا داخل المؤسسة الصحية ، و من ناحية فان وزارة الصحة تجري تدريباً منتظماً للأطباء الجدد الذين سيعملون بالريف و ذلك لاكتساب الخبرة الطويلة في الريف و الأقاليم و ذلك حسب تأهيلهم عمليا للتعامل الايجابي مع البيئة الاجتماعية و هذا تشجيعاً لهم و رفعا لكفاءتهم.³

و بهذا يكون الهدف الأساسي للتعليم الطبي هو إعطاء الطبيب المعرفة الطبية و فنونها و مساعدته على اكتساب المهارات لتوصل إلى الطرق المتعددة للعلاج ، فان مناهج التعليم الطبي تحرص على أن تتضمن داخلها كل تقدم تكنولوجي حدث في هذا المجال ، حيث أن هذا التقدم يؤدي إلى تطور العلاج الطبي لمساعدة الطبيب على ممارسة عمله و ذلك من خلال الاهتمام بالعمل الجماعي أكثر من الاهتمام بالعمل الفردي لتزويد الطبيب بالمهارات و الخبرات التي تساعده على سرعة التشخيص و العلاج و حل مشاكل المرضى.⁴

4-3-3- تحديد سلوك السلطة الإدارية بالمستشفى :

تعتبر الشخصية عاملاً كبيراً لتحديد السلوك و أداء و نجاح المدير فهناك أنواع من الشخصيات تصنع من الأشخاص قادة ناجحين و هناك أيضاً أنواع من الشخصيات تؤدي بالأشخاص إلى الفشل ، فالطاعة و التضحية و الولاء هي من شروط الترقى في المستويات الإدارية للوصول إلى أعلى المراكز .

¹ - عامر النجار ، في تاريخ الطب في الدول الإسلامية ، دار الهداية ، القاهرة ، مصر ، 1986 ، ص 74

² - Patrick Donald and Scambler , graham , Sociology applique to medicin , edition landon , année 1982 , p176

³ - علي المكاوي ، علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية الازاريطه ، مصر ، 1990 ، ص 121

⁴ - راجي عباس التكريتي ، السلوك المهني للأطباء ، الأندلس للطباعة و النشر و التوزيع ، لبنان ، ط 2 ، 1981 ، ص

و ثبت من خلال البحوث أن صاحب السلطة الكفاء هو الذي لديه شخصية متزنة غير متقلبة تعتمد على نفسها في اتخاذ القرارات نتيجة التفكير الشخصي ، و بهذا نصف المدير المعتمد على نفسه هو الذي يسعى دائما و يستمر إلى الترقى في الهيكل التنظيمي مع الرغبة في تحمل مسؤوليات اكبر نتيجة لهذا الترقى ، مع السعي للعطاء و العمل الجديد بالتعاون مع المرؤوسين في التنظيم و في فهم الأمور والنظر إليها من زوايا مختلفة للتوصل إلى القرار السليم . هذا التصرف والتعامل الإداري السوي يظهر في تصرفات المسؤول الإداري مع مدى تقبل الموظفين والمقبلين لتلقي الخدمات لهذا المسير .

و بما أن صاحب السلطة المتمثل في المدير العام للمؤسسة فهو ممثل لها من خلال جميع تصرفاته و أعماله اليومية لتحقيق الأهداف العامة للمستشفى و هذا من خلال :

- تنفيذ القواعد التي تحتويها النصوص القانونية و التنظيمية مع الحرص على القواعد و الإجراءات الجاري بها العمل .

- إصدار الأوامر الضرورية لوضع النصوص التنظيمية و الحرص على تنفيذها .

- ضمان مهام استشارية أو مساعدة لدى إدارة الصحة .

- المساهمة في تكوين موظفي الصحة .

- دراسة و اقتراح كل إجراء من طبيعته تحسين التنظيم و تسيير المؤسسات الصحية .

- القيام بالتفتيش و المراقبة للهيكل و المؤسسات التابعة للإدارة الصحية .

و هذا ما يبين لنا بان المدير بالمؤسسة الاستشفائية شخص ذو شخصية طموحة تريد الأفضل لصالح العام قبل مصالحه الشخصية ، فالمدير يجب أن يأخذ في الحسبان ظروف العمال بالمؤسسة الداخلية و الخارجية بالتالي يكون محل ثقة من طرف المحيطين به .

كما أن الرغبة في التقدم و النجاح هو ما يعطيه قوة النفوذ و سلطة اكبر و أطول بالمنصب داخل المؤسسة .

إلا انه في اغلب المؤسسات تغلب على سلوكيات مدرائها المركزية و هذا حسب الدراسة التي قام بها نغاندي ورايمان سنة 1981 حول اثر اللامركزية على الفعالية التنظيمية في المؤسسة ، لان المديرين لا يبدون مستعدين استعدادا كافيا لتفويض مسؤولياتهم و هذا لعدم الثقة فيهم، هذا ما يعيق السير الحسن للمؤسسة نظرا لعدم تقبل الموظفين لاقتراحات و قرارات المدير فيولد الفوضى و التوتر الداخلي .

كما أن عدم نجاح المسؤول بالمستشفى على تحقيق التوازن بين مصالح التنظيم و مصالح العاملين التقنيين هي أهم مصادر الصراع التنظيمي داخل المستشفى و خاصة مع المسؤولين الطبيين و هذا لتحقيق المصالح المادية أو المعنوية¹ فهي بذلك تبقى حاجيات لا بد من إشباعها لأداء العمل العلاجي بالشكل الجيد اتجاه المريض .

¹ - عبد الغفور يونس ، نظريات التنظيم و الإدارة ، بالمكتب العربي ، الإسكندرية ، مصر ، 1977 ، ص 97

4-3-4- تحديد سلوك السلطة الطبية داخل المستشفى :

إذا كان السلوك هو مزيج من الأنشطة التي يؤديها الفرد في حياته اليومية ، فالتنظيم الاستشفائي كغيره من التنظيمات يسعى إلى استغلال الموارد بكفاءة في الحقل الصحي كما في سواه من الأنشطة البشرية التي يسعى من خلالها لإيجاد توازن دقيق بين مختلف الموارد البشرية لتحسين الأهداف الموصوفة فالسلوك الطبي و على رأسهم الأطباء عليهم أن يتمتعوا بسلوكيات و تصرفات تمنحهم الأداء المتميز داخل المستشفى و هذا النوع من المؤسسات الخدمائية له أهمية و مكانة بالمجتمع نظرا لطبيعته الخدمائية التي يقدمها ، إلا أن تمتع الأطباء بالمهارة و الكفاءة غير كاف في المؤسسة الصحية إذا لم يقترن بحسن التصرف و المعاملة لسحنة و الأهداف الحميدة فالأداء الفعلي و الممارسة الحقيقية لأوجه النشاط المختلفة داخل المؤسسة الصحية يتوقف على درجة كبيرة من التفاعل بين العناصر الفاعلة الداعمة للسلوك الرشيد ، لكن تحقيق خدمات الصحية يتوقف على جو ملائم للعمل و معنويات مرتفعة ، فبالنظر إلى واقع المؤسسة الصحية نجد عوامل مادية و غير مادية تؤثر على أداء الأطباء و مردوديتهم ، بل يرتبط أكثر بالجو السائد بين الأطباء و الإدارة و المتمثلة في مدير المستشفى و من جهة ثانية بمدى قدرة مسير هذه المؤسسة على تحفيزهم و إدماج أهدافهم ضمن أهداف المؤسسة ، و بهذا تعتبر السلوكيات الرشيدة و الاتجاهات الفردية عاملا حاسما في تشكيل سلوك الطبيب مما يدعو إلى وضع أدبيات و أخلاقيات العمل مع مراعاة طرق و أساليب تحفيزها و ترشيدها وفق تشريعات تخدم المؤسسة الصحية و متطلباتها و أهدافها لتقديم أحسن الخدمات الصحية.¹

و يمكن ملاحظة سلوك الأطباء من خلال طريقة التعامل مع المرضى و ما يقدمونه من خدمات صحية و رعاية طبية لمرضاهم و هذا حسب ما يلي :

- إعلام المريض بمرضه : على عاتق الطبيب مسؤولية إعلام المريض بالداء الذي يعاني منه ووسائل علاج هذا الداء و بالمخاطر التي يتضمنها العلاج و المخاطر التي يتعرض لها المريض في حالة امتناعه عن العلاج .

- وصف المرض : يجب على المريض أن يكون على بيئة من أمره فيما يخص الداء الذي أصابه و في هذا الشأن يجب على الطبيب بعد عملية الفحص و التشخيص أن يطلع على المرض الذي يعاني منه .

- وصف العلاج المقترح : في ضوء ما وصل إليه الطبيب عن عملية تشخيص المرض يشعر المريض بالأعمال الطبية التي يقترحها لمعالجة المرض فيصف هذه الأعمال الطبية و يبلغه عن مدتها و تكاليفها .

¹ - علي السلمي ، السلوك التنظيمي ، دار غريب للطباعة والنشر ، القاهرة ، ط 3 ، بدون سنة ، ص 34

- مخاطر العلاج : يجب على الطبيب كذلك أن يشعر المريض بالمخاطر التي يتضمنها العلاج خاصة تلك التي تترتب عليها بعض المخالفات الجسدية أو الذهنية

- مخاطر الامتناع عن العلاج : يلتزم على الطبيب كذلك إبلاغ المريض عن المخاطر التي يتعرض لها في حالة رفض العلاج و قد نصت الفقرة الثالثة من المادة 154 "... و على الطبيب أن يخبر المريض أو الشخص الذي خول إعطاء الموافقة بعواقب رفض العلاج " .

و يجب على الطبيب عند إبلاغ المريض بهذه المعلومات أن يراعي وضعه الاجتماعي و الثقافي و النفسي فجهل المريض للعلوم الطبية يقتضي على الطبيب أن يتجنب للمعلومات العلمية الدقيقة التي لا يفهمها و لا يستطيع فهمها المريض ، و يكتفي بالمعلومات العامة مستعملا لغة مبسطة و لو لم يكن التعبير دقيقا طالما يمكن المريض من إدراك حالته الصحية و ما تستدعيه من علاج و ما هي المخاطر التي يتعرض لها بسبب العلاج أو بسبب امتناعه عن العلاج كما أن دور الطبيب في هذه الحالة لا يقتصر على إشعار المريض بل يجب عليه إذا ما طلب فصلا إضافيا أن يحصل على نتيجة و تحليلها حتى يمكن المريض من اتخاذ القرار الذي يراه مناسبا عن مصيره ، و أما المخاطر التي قد تقع في بعض الحالات النادرة فقط أو تلك التي لم يتأكد منها العلم بعد ، فلا مجال لذكرها و على الطبيب أن يتجنب أسلوب التخويف الذي يزيد من قلق المريض و اضطرابه الذي ينال من سلامته وعلاجه . ويتمتع الطبيب في هذا السياق بسلطة تقديرية واسعة حيث يتولى تحت مسؤولية تقدير المعلومات الواجب إبلاغها للمريض مراعيًا في ذلك مصلحة المريض ومحافظًا على الثقة الموجودة بينهما .

- تحرير التذكرة الطبية: يجب على الطبيب ذكر اسم و لقب المريض و سنة و تاريخ الفحص و رسم نوع الدواء بوضوح و كيفية استعماله و مدة العلاج و تعتبر التذكرة الوثيقة الهامة التي تثبت علاقة الطبيب بالمريض و لذا فان كل إهمال أو عدم الاحتياط في تحريرها يعتبر إخلالا بالالتزام القانوني يستوجب عنه المسؤولية الطبية.

- مرحلة تنفيذ العلاج و مباشرته : يجب على الطبيب إتباع الأصول و القواعد المتعارف عليها و التي لا تتعارض مع مسؤوليته الطبية ، كما أن الطبيب مسؤول عن خطأ في علاج إذا كان نتيجة إهمال أو جهل بأصول المهنة أو إخلاله بقواعد الحيطة و الحذر ، كاستعمال علاج أقوى مما تتطلبه حالة المريض أو استعمال آلات طبية تلحق أضرارا بالغة بصحة المريض أو نقل دم من شخص إلى شخص آخر دون إجراء تحاليل لتأكد من سلامة معطي الدم .

- الإشراف و المتابعة للعلاج : تعد هذه المرحلة آخر مرحلة في العمل الطبي أين يسلم الطبيب المسلم مريضه إلى خلفه ، إلا انه ملزم بتقديم جميع النصائح التي تشكل خطرا على صحة المريض¹

¹ - حميدة حنين جمعة ، مسؤولية الطبيب و الصيدلي داخل المستشفيات العمومية ، بحث للحصول على درجة ماجستير في الإدارة المالية ، جامعة الجزائر ، 2001 ، ص 81-83

فالتزام الطبيب بمسؤوليته و عدم إخلاله بمهامه الموكلة له هو دليل على انضباط سلوكه و جديته في العمل و تواضعه المهني مع جميع العمال بالمستشفى من خلال تأدية لوظيفته العلاجية اتجاه مرضاه .

لان رسالة الطبيب تتبع من شخصيته و تصرفاته التي تحدد سلوكه ، و هو الدفاع عن صحة الفرد البدنية و العقلية و التخفيف من المعاناة ضمن احترام حياته و كرامته الإنسانية دون تمييز من حيث الجنس و العرق و الدين و الجنسية و الوضع الاجتماعي و العقيدة السياسية أولاً، لأي سبب آخر في السلم و الحرب فالطبيب مسؤول عن كل عمل مهني يقوم به و لا يجوز له ممارسة مهنته تحت هويته الحقيقية.¹

وبهذا فالمهام التي يقوم بها الطبيب تخول له مكانة سلطوية لا يمكن الاستغناء عنها نظرا لأهميتها و ضرورة اللجوء إليها أثناء الحاجة ، هذا ما يجعل بعض الأطباء يستغلون على حساب أدائهم للخدمات الصحية .

فعلى الطبيب أن ينظر إلى الطابع التجاري للمهنة على انه بعيد عن أخلاقيات المهنة و حتى مجرد التفكير فيه ، كما انه من الطبيعي أن يكون لحافز الربح اعتبارا في مهنة الطب شأن أية مهنة أخرى ، لأنه بطبيعة الحال مهنة الطب هي أكثر مراعاة للحالة الصحية للأفراد أكثر من أية مهنة أخرى و على هذا الأساس يشير بارسونز بأنه على الطبيب قبل أن يتطلع على مسؤولياته العلاجية يجب أن تتوافق مع الموقف الاجتماعي للمريض ، وأن محافظته على مكانته و مركزه السلطوي و قوته داخله بان يسخر كل معرفته التخصصية و مهارته المتاحة لعلاج المريض و هذا ما يضعه في موقع التأثير.²

¹ - المادة 42 من المرسوم التنفيذي رقم 276/92 المؤرخ 06 يوليو 1992 المتضمن أخلاقيات الطب ، الجزائر

² - علي المكاوي ، مرجع سابق ، ص 131

خلاصة:

يحدد التكوين المعرفي والثقافي إلى جانب القيم الاجتماعية و التربية الأسرية سلوكيات الأفراد واتجاهاتهم و طريقة التفكير عندهم في المجتمع ، فالثقافة التنظيمية الايجابية تتشئها التفاعلات والاحتكاكات الاجتماعية بين أعضائها قصد تبليغ رسالة المنظمة و طموحات الأفراد لضمان استقرار اكبر في الحياة المهنية فالعوامل و المتغيرات مرتبطة بالتكوين الداخلي للفرد و المواقف التي يوجد فيها والمركز الذي يشغله ، و الذي يترجم حقيقة السلوك الإنساني المثير للاختلافات و الصراعات بين أعضائه المرتبطة بدوافع شخصية تحركه ، لكن لتحقيق الغايات المثلى لابد من التأكيد على النظرة الموضوعية لعملية الحوار و النقاش البعيدة عن الذاتية أثناء العمل فهي تسعى جاهدة إلى توفير جميع الإمكانيات الضرورية لتقديم أحسن علاج ووقاية للمواطنين رغم اختلاف شخصية كل واحد منهم من أطباء و إداريين.

الفصل الخامس : التنظيم الإداري الاستشفائي

- تمهيد

1-5- النظريات السوسولوجية للتنظيم

1-1-5- النظرية الكلاسيكية

2-1-5- النظرية الإدارية العلمية

3-1-5- نظرية العلاقات الإنسانية

4-1-5- النظرية البيروقراطية

2-5- أهمية التنظيم الإداري و وظيفته داخل المؤسسة

1-2-5- أهمية التنظيم

2-2-5- أهداف التنظيم

3-2-5- أنواع التنظيم

4-2-5- عناصر التنظيم

5-2-5- خصائص التنظيم ومهامه

6-2-5- إعادة التنظيم

3-5- التنظيم الاستشفائي وتحديد وظائفه

1-3-5- تطور المنظومة الصحية بالجزائر

2-3-5- السمات التي تميز المستشفى

3-3-5- وظائف المستشفى

4-3-5- مكونات المستشفى

5-3-5- الإطار التنظيمي للمستشفى

- خلاصة الفصل .

تمهيد :

التنظيم بوجه عام ظاهرة و ضرورة مجتمعية عصرية تفرضها متطلبات تصريف شؤون المجتمع الحديث و ما ينطوي عليه من تعقيدات جسمية سواء من حيث تنوع نشاطاته و تداخلها ، و اتساع أفاق العلاقات الفردية و التفاعلات الاجتماعية و تناقضها ، أما من حيث طبيعة و خصوصية الأزمات الداخلية و التحديات الخارجية و التي تعرض له و يتصدى للتعامل معها فضلا من تداعيات التغيير المستمر الذي يعانیه و ما يقترن بها من تصاعد ثورة التطلعات المتزايدة .

و ليس معنى أن التنظيم اكتشاف ينفرد به المجتمع الحديث أو أن المجتمع الحديث وحده هو مجتمع التنظيم لان وجود المجتمع من حيث هو كذلك لا بد أن ينطوي على نوع من التنظيم ، إلا إن التنظيم الحديث يستند إلى أسس شديدة الوضوح قوامها العقلانية و الكفاءة و القدرة على الانجاز .

5 - التنظيم الإداري و مدى فعاليته لتحقيق أهداف المؤسسة :

5-1- النظريات السوسولوجية للتنظيم :

لقد ظهرت عدة نظريات منذ القدم اهتمت بدراسة التنظيم و مدى تأثيره على الخاضعين له مع معرفة ردود فعل سلوك أعضائه و كيفية التحكم و السيطرة عليه من اجل تحقيق الأهداف العامة للمنظمة .
فالتاريخ الإسلامي اهتم بدراسة السلوك البشري داخل المنظمات و اقر بضرورة التشاور بين العمال و الرؤساء من اجل اتخاذ القرارات (القرارات بالمشاركة) إضافة إلى ضرورة وجود شبكة اتصال متينة بين الرؤساء و المرؤوسين .

و قد ظهر في القرن التاسع عشر النموذج الميكانيكي القائم على أن السلوك الإنساني محفوف بعدم الثقة و الشك و إن الأسلوب الملائم للسيطرة على سلوكهم هو القسوة و الخداع و قد أوضح ذلك في كتابة الأمير الذي يؤكد فيه ضرورة استخدام أساليب القسوة و الشدة و الردع لإحكام السيطرة على المرؤوسين و الحفاظ على المركز و المكانة السلطوية ، ولا يمنع من استخدام الحوافز و المكافآت على أن يكون في ظل نظام الرد للسلوك الإنساني¹

و نظرا لاختلاف تصرفات الأفراد و شخصياتهم نحو السعي وراء الحاجة المتعلقة بمهارات العمل و معرفة قواعد الأنظمة و الترقية و التكامل و النجاح و الشعور بالأهمية و الانتماء إلى الجماعة ، و لتحقيق هذه الحاجات يسلك الفرد سلوكات يعتقد أنها تساعده على تحقيق مركزه و المحافظة عليه داخل المنظمة .

و على هذا الأساس ظهرت عدة نظريات متعلقة بالتنظيم الرشيد و التسيير الإداري المحكم مع كيفية التحكم في الأوضاع الداخلية للمنظمة لإحداث الاستقرار الداخلي و التكيف الفعلي داخلها بين أصحاب السلطة فيما بينهم و كيفية التعامل مع بقية العاملين .

و بهذا فقد اختلفت النظريات باختلاف واضعيها و حسب اعتقادهم الايديولوجي و الحقب الزمنية التي ظهرت فيها تلك النظريات و يمكن سرد تلك النظريات على النحو التالي :

5-1-1- النظرية الكلاسيكية 1900 : حيث ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية و هي أول مدرسة تكلمت حول الفكر الإداري المعاصر و السلطة و كيفية سيطرتها على السلوك الإنساني بطريقة عملية حديثة و التي استمدت جل أفكارها من خيرات الورشات ، و المؤسسات الصناعية من خلال جهود فردريك تايلر سنة 1911 الذي اعتبر أن الجانب الرسمي هو الأساس الذي يقوم على التنظيم داخل المؤسسة ، و هذا من خلال التركيز على دراسة كيفية إدارة المديرين و تسييرهم للمؤسسات الصناعية و الورشات و هذا لحفاظهم على القوة و السيطرة على الأوضاع الداخلية و الخارجية ، فمحور نظريته كان يدور حول كيفية العمل من خلال منصب السلطة الرسمية و دراسة سلوك الفرد و دوافعه و علاقته مع الآخرين و مجموعات العمل و أثرها على السلوك الغير رشيد من طرف المديرين ضرورة حتمية .

¹ - www.ishmmenoc/artic110xpid.32050.Date21/03/2007 à 15h

فهي تركز على نموذج عقلائي من قبل أصحاب السلطة و يكون قوي على العاملين و هذا لمحاولة ضبط السلوك داخل المنظمة و الحفاظ على المركز السلطوي داخلها ، فهو يعتبرهم غير قادرين على تخطيط و تنظيم الأعمال المنوطة إليهم ، لهذا لابد من سلطة تسييرهم و أوضح ذلك في مبادئ الإدارة العلمية و قد جعل التحفيز المادي للعاملين هو دافع لهم لزيادة العمل و تحسينه ، كما أن التقليل في الحركات الزائدة هو أساس كثرة الإنتاج داخل المؤسسة الصناعية و سرعة الأداء .

و بهذا ركز على ثلاث محاور رئيسية لتحديد فعالية التنظيم و هي كالآتي :

- الإنتاج : يرى تايلور أن الإنتاج هو السبب الأول الذي من اجله تستثمر الأموال و تبنى المصانع و هو النشاط الذي يميز العمل عن غيره من الأنشطة الإنسانية الأخرى
- الاستمرار : و يعني بذلك أن أي وظيفة أو مهنة يجب أن تتم تأييدها بشكل مستمر و لمدة زمنية غير محددة و هذا للوصول إلى الأهداف المسطرة سالفا من طرف الإدارة لان أي خلل في هذه الاستمرارية قد يؤثر على الإنتاج و الإنتاجية معا

- الأجر : يعتبر تايلور من الذين يتبنون الفكرة القائلة أن الإنسان اقتصادي بطبعه ، لهذا فهو يعمل و يتعب ليحصل على أجرة معينة ، إذ يعتبر الأجر الوسيلة التي يؤمن بها العامل لتلبية حاجياته ، و بهذا نجد تايلور قد اهتم بالتنظيم الرشيد لمجرى العمل ، كما ركز على أساليب الرقابة ، و جعل منها أسلوبه الأهم في تحسين الإنتاج و الإنتاجية بأقل زمن و تكلفة ، كما اعتبر الإنسان تابعا للآلة و النقابة مصدر للمشاكل هدفها الوحيد هو زيادة الأجور و التعاون بين الإدارة و العمال قصد القضاء على الصراع ، إلا أنها رغم ذلك واجهت عدى انتقادات منها انتقاد سايمون بان الإنسان كائن اجتماعي يتأثر سلوكه و تتكون اتجاهاته من خلال علاقته الاجتماعية بزملانه في موقع العمل و بالفعل بين حاجاته الشخصية و البناء الاجتماعي و الثقافة السائدة في الجماعات ، فبالنظر إلى هدف التaylorية فإننا نعتبرها نظرية متحيزة لأرباب العمل تفقد التنظيم فعالية و حرية التعامل و العمل بين أعضائه¹

5-1-2- نظرية الإدارة العلمية : من أهم روادها هنري فايول حيث يرى إن الإدارة هي جملة من العمليات الضرورية لأداء الجهاز الإداري وظيفته الأساسية و بلوغه أهدافه .

فإذا كانت النظرية الكلاسيكية قد ركزت على التسيير المحكم للتنظيم الداخلي للمؤسسات الصناعية المتنوع بتقديم الحوافز المادية ، فان النظرية الإدارية العلمية تعتبر لسيطرة و فرش القوة على السلوك الإنساني يكون من خلال العملية الإدارية و القواعد و الأمر ، أي من خلال تصميم العمليات الإدارية ، كالتخطيط و التنظيم و التوجيه و الرقابة إلى جانب وضع أصحاب السلطة الإدارية ضوابط محددة تسيطر على الأداء .

كما قام بالاهتمام بالعوامل المتحكمة في تصميم الهيكل التنظيمي مع تحديده للوظائف الإدارية التي يسعى صاحب السلطة لتحقيقها .

¹ - محمد علي محمد ، مرجع سابق ، صفحة 188

- تقسيم العمل : لرفع الإنتاج هناك هيئات استشارية و أخرى تنفيذية بهدف تحقيق الفعالية .
- المسؤولية و السلطة : هناك نوعان من السلطة ، السلطة الرسمية و السلطة المستمدة من طبيعة الشخصية و الجوانب المعنوية و من الضمير و النزاهة .
- الانضباط :يعني الطاعة و الامتثال للأوامر و احترام القواعد التنظيمية التي تحكم العلاقات و تنظم العمل

- وحدة القيادة و الأوامر

- وحدة التوجيه : هدف واحد و خطة واحدة و رئيس واحد

- خضوع المصالح الفردية للمصالح العام و الأهداف العامة

- مكافأة الأفراد و تكون مرفقة بالعدالة في المكافأة

- المركزية و تدرج السلطات

- الترتيب لكل شيء مكانة و لكل فرد مكانة يمكننا أن نلاحظ هناك نوعين من الترتيب

- الترتيب الأول مادي ، و الثاني اجتماعي خاص بكل فرد مما نشير إليه في مكان لاحق و

المسمى بالمنطقة التنظيمية الرسمية و الغير رسمية الخاصة

- الترتيب الثاني اجتماعي خاص بالأفراد و الجماعات الرسمية و الغير رسمية

- المبادرة و الابتكار و المساواة

- استقرار العمل : و تعني حاجة الموظف إلى فترة قانونية لتكيف مع بيئة العمل و طبيعة العمل

- روح الاتحاد : و تدل على رغبة قوية في التعاون و من أهم هذه المبادئ وحدة الهدف ، مبدأ

نطاق الإدارة مبدأ تدرج السلطة و الإدارة مبدأ التوازن بين الأجهزة - المرونة - الاستمرار - تسيير مهام

القيادة ، و هذه المبادئ يسعى من خلالها فايول إلى زيادة فاعلية الأداء في الإدارة و كفاءتها و تحسين

أداء العمال و التحكم في التسيير للحفاظ على منصب السلطوي¹

و باختصار فإنه رغم ما قدمته هذه النظرية من نقاط تساهم في التسيير الإداري العلمي المحكم ،

إلا أنها ركزت على الجوانب الرسمية للتنظيم ، و بهذا فهي صوبت نظرتها إلى التنظيم على أساس

القوانين و اللوائح الرسمية و العلاقات الجيدة و تركت الجوانب السلوكية و الاجتماعية، و كما يقول محمد

علي محمد أن اتجاه هذه المدرسة في الإدارة هو طابع شكلي طالما أنها تدرس السلوك الفعلي و أنها

تختص بفحص مثالية و كذا نموذجية للسلوك و ينطلق مباشرة بانجاز الأهداف و أداء الوظائف

التنظيمية²

¹ Fayol (H) , Administration industrielle générale , E.N.Q.G Edition – Alger année 1990 – page

5-1-3- نظرية العلاقات الإنسانية : لقد أخذت هذه النظرية قيمتها من التراكمات المعرفية التي انتهجتها النظريات السابقة و الملاحظات التي يمكن قولها أن هذه النظرية ذات إسهامات في دراسة التنظيم منها إدخال العلوم السلوكية بطريقة متكاملة و بهذا برهنت هذه النظرية على ضرورة الاهتمام بالجانب السلوكي للأفراد و للعلم أن هذه النظرية استقت أسسها من بحوث كريت لوين حول سلوك الفرد و الجماعة و كتابات التون مايو و جماعته في دراسة (هاوثورن) التي أوضحت دور العلاقات الإنسانية في زيادة الإنتاج .

و الجديد بالذكر أن هذه النظرية ساهمت في تطوير أساليب تنظيمية واقعية كذلك سمحت للعمال بالحصول على بعض الامتيازات مثل المشاركة في اتخاذ القرارات فان هذه النظرية رغم اندراجها تحت مفهوم التنظيم الرسمي الإداري ، إلا أنها وكما قلنا قد أولت اهتماما جادا بالعمل محاولة الوصول إلى تكييف العامل مع محيطه الذي يعمل فيه ، و نستطيع تقديم مثال نبين هذه النظرية التي تحقق في آن واحد الاهتمام بالعامل في إطار التنظيم الرسمي، والإنتاج والإنتاجية و المتمثل في النتائج التي حصل عليها من خلالها .

و أخيرا يمكن القول بان التنظيم هو كل ديناميكي ينبغي أن يتسم بالمرونة و التطور في تفاعله مع الأفراد و الجماعات ، لذلك فان خلق الاتصالات المرنة و إشراف ديمقراطي فعال، و إتاحة الفرصة للعاملين كي يساهموا في اتخاذ القرارات و تسيير المؤسسات ، كل الذي قيل من شأنه أن يقرب منطق التنظيمين من بعضهما و يزيل المتناقضات و يؤدي إلى توحيد أهداف جماعات العمل مع أهداف التنظيم الرسمي و لهذا يمكن لتنظيم أن يكون فعالا و يؤدي دورا كاملا و تتحقق أهدافه بفعالية كبيرة¹

5-1-4- النظرية البيروقراطية : و قد افترض رواده أن الناس غير عقلانيين و أنهم انفعاليون في أدائهم للعمل مما يجعل الاعتبار الشخصية سائدة في العمل ، و جعل الاعتبار العقلية و الموضوعية غير واردة في محيط العمل ، و قد انعكس على وضعهم للنموذج البيروقراطي من اجل السيطرة على السلوك الإنساني داخل المنظمات من خلال وجود نظام صارم داخل المنظمات .

و يعتبر ماكس فيبر أشهر علماء هذه المدرسة فقد اتخذ الاتجاه من خلال ملاحظته لسوء استخدام المديرين لسلطاتهم و عدم الاتساق في أسلوب الإدارة و هذا لعدم وجود قواعد حاكمة للسلوك .

أما السلطة فمرتبطة بالطاعة ، الطاعة في تنفيذ الأوامر و التوجيهات أما بغض عن صحتها أو أخطائها أو رفض المرؤوسين لها ، الآن الطاعة هنا تكون إجبارية و بذلك ينظر إلى الموظف كجزء من الآلة الإدارية و كأداة و رفع الكفاءة و زيادة الفاعلية .

¹ - حسان الجيلاني ، التنظيم غير الرسمي في المؤسسات الصناعية - ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر ، 1988 ،

و نلاحظ النموذج الديمقراطي أثناء تطبيقه من طرف أصحاب السلطة يعد أكثر صرامة نظرا لتجاهله للعوامل الغير رسمية ، و أن المبالغة في التأكيد على السلطة و قوة الأوامر و إلزامية التطبيق يجعلها و كأنها أمام نظام عسكري¹

5-2- أهمية التنظيم الإداري ووظيفته داخل المؤسسة :

كل مؤسسة تحتاج إلى بناء تنظيمي في تطبيقه و فعال في ممارسته و محكم في نتائجه ، و بهذا فهو الوسيلة التي يحقق من خلالها أهداف المنظمة و بالتالي نجاحها و ضمان فعاليتها و يمكن من خلال هذا أن نتعرف على التنظيم و نقوم بتبيان أهميته ووظائفه التسييرية التي تساهم في رقي المنظمة و تحقيق استمرارها .

5-2-1- أهمية التنظيم :

يعتبر التنظيم كوظيفة من وظائف الإدارة واحد المهام الرئيسية للمسؤولين في المنظمة ، و تتمثل أهمية و ضرورته في العمل الإداري بأنه يستخدم مع بقية الوظائف الإدارية الأخرى للإشراف و لتوجيه جهود الأفراد و نشاطاتهم المتعلقة بخطط و برامج العمل ، و متابعتها من اجل الوصول إلى إشباع حاجات المنظمة و للوقوف على إبرازها ما يحققه التنظيم من أهميته في العمل الإداري من اجل ذلك نستعرض النقاط التالية :

- يحقق التنظيم من خلال تجزئة الأهداف و تقسيم الأعمال و توزيع المهام حسب التخصصات و حسب جهود قابلية الأفراد ، أهمية كبيرة لأنه يقضي على التداخل و الازدواجية في الأعمال و يمنع التضارب في تنفيذ الخطط و الواجبات ، و من خلال ذلك أيضا يمكن للإدارة ان تتوسع في تطبيق التخصص و الاستفادة القصوى من مميزاتة لتطوير نشاطات المنظمة و تقدمها في المستقبل .

- يسمح التنظيم من استثمار الجهود و الطاقات البشرية المتاحة من خلال التخصص ووضع الشخص المناسب في المكان المناسب ، فعندما يعمل كل فرد وفق اختصاصه و معارفه و قابليته فانه سوف يقدم أفضل ما لديه من عطاء و يحقق نتائج متقدمة في الأداء فيما يتعلق بتقليص النفقات و زيادة الأرباح و بهذا الصدد يذكر جوهر دالمر انه من بين التحقيقات الاقتصادية لا يوجد مصدر أعظم من استخدام التنظيم الفعال لأنه الوسيلة القادرة على استغلال الطاقات الذاتية الإنسانية²

- تساعد وظيفة التنظيم المدراء على تحقيق العمل الجماعي الفعال المبني على التعاون و التفاهم المشترك من خلال تجميع و تنسيق جهود الأفراد و الاستفادة القصوى من نتائج التفاعل الذي يحدث بين أفراد مجموعة العمل الذي يشير عليه المدير ، و يسعى المدراء عادة من خلال هذه الوظيفة للحصول على أكثر من مجرد مجموع الجهود الفردية لكل شخص و الحصول على إنجازات متقدمة

¹ www.islammenoc/articll@xpxid.32050

² - علي الشرقاوي ، إدارة الأعمال ، الوظائف و الممارسة الإدارية ، بيروت ، 1995 ، ص223

و التي لا يمكن أن تظهر إلا من خلال الاستفادة من مزج و تكامل القدرات المتخصصة للأفراد و الذي ينتج عنها تحقيق الكفاءة و الفاعلية في العمل .

- من بين الفوائد التي يحققها التنظيم في العمل هي مساعدة المدراء و العاملين عموما في أن يعملوا ضمن إطار تنظيمي واضح تتشكل فيه الجهود و الإمكانيات المتاحة و توجه نحو الأهداف المرغوب الوصول إليها ، و في هذا الإطار الذي يوضح العلاقات و يحدد المسؤوليات يزيد من كفاءة الاتصالات و يسرع في تنفيذ الأعمال و يحقق الدقة في الانجاز ، نظرا لزيادة الوعي و الفهم لما يدور في داخل هذا الإطار و بالإضافة إلى ذلك فان الإطار التنظيمي الذي يحدد العلاقات الرأسية و الأفقية و ينظم توزيع السلطات و المسؤوليات يسهل بشكل كبير تنفيذ الواجبات و المهام الإدارية و الفنية في العمل - تحقق وظيفة التنظيم من خلال الإطار التنظيمي الواضح من حيث التوازن و التنسيق بين الأنشطة و الفاعليات و الأنظمة الفرعية المرتبطة بتحقيق الأهداف ، و من ناحية ثانية فان الإطار التنظيمي يساعد المدراء في لقيام بالعملية المتبقية و الرقابة على تنفيذ النشاطات و قياس أداء الأفراد في المنظمة و تحديد المشاكل و الصعوبات التي تعترض عملية التنفيذ ، و التي تتم في ضوء مقارنة الأسس و الإجراءات التنظيمية مع الأداء الفعلي للأنشطة ، و أن أي خلل في التوازن الذي يحدث في التنفيذ يستدعي إلى ضرورة إجراء التصحيحات في أداء المدراء والعاملين أو إجراء عملية إعادة التنظيم و تصحيح الإجراءات التنظيمية في حالة وجود ضرورة لذلك ¹.

- إن التنظيم يعتبر وسيلة فعالة لتنمية مهارات و قدرات الأفراد و تحسين سلوكياتهم المرتبطة بالعمل في مختلف المستويات الإدارية ، فالمدراء المشرفون و بقية العاملين يكتسبون الخبرات و تتزايد لديهم بمرور الزمن من خلال ممارستهم للأنشطة و الواجبات المحددة بشكل منظم و مدروس و المرتبطة بالإطار العام للمنظمة التي يعملون بها .

- أن مهام التسيير الإداري و ازدواجية السلطة داخل القطاعات الصحية العمومية لا يمكن أن تحقق الفعالية داخل هذا التنظيم الحساس و تؤدي الخدمات الصحية بالكفاءة المطلوبة إذا لم يكن هناك تعاون فعلي بين أصحاب السلطة الإدارية والسلطة الطبية من اجل التنظيم الإداري السليم والفعال، الذي يكفل بكفاءة عالية تنفيذ مهامه، و الذي يساهم في رفع فعاليات أداء الواجبات و المهام المنوطة بأفراده و تحقيق الأهداف التي أنشأت من اجلها المنظمة، وبالتالي الجهود بمستواها مما يؤدي إلى الرضا بين العاملين فيها و المتعاملين معها. ومن هنا يلاحظ الأثر الكثير للتعاون و التفاهم و التعامل الوظيفي الحسن الذي تسوده الثقة الوظيفية التي تجمع أصحاب السلطة الإدارية و الاستشفائية البعيد عن أجواء التضارب و الصراع، و بهذا يكون من أهم السبل المهمة لرفع مستوى أداء الأفراد و جعلهم أكثر استعدادا لأداء الأعمال الموكلة إليهم بكفاءة و إنتاجية عالية .

¹ - محمد قيس العبيدي ، التنظيم المفهوم النظريات و المبادئ ، مطابع و روايال لنشر و التوزيع ، القاهرة 1997 ،

5-2-2- أهداف التنظيم :

إن الخاصية الأساسية للتنظيمات هي كونها وحدات هادفة و بالتالي فان الأهداف أو الأغراض التي توجه نحوها التنظيمات هي من الأمور العظيمة ذات الأهمية و هذا لخلق الهياكل التنظيمية، مما يترتب على ذلك ضرورة فحص الأهداف التي يجب أن تكون للتنظيم على أساس أن هذه الأهداف تحدد الكثير من المميزات التنظيمية¹

و على الدوام فان جميع التنظيمات تسعى لتحقيق الأهداف التالية :

- النمو .

- الاستقرار .

- التداخل .

و يلاحظ أن الهدفين الأولين يمكن اعتبارها من الأهداف الهامة التي ينبغي تحقيقها في جميع أنواع التنظيمات ، مهما اختلف النشاط الذي تزاوله و مهما اختلفت الأشكال التي تأخذها ، أما الهدف الأخير فيقتصر على أنواع معينة من التنظيمات التي تهىء ظروفًا تجمع أعضاء الجماعة مع بعضهم البعض ، و بالتالي فان استمرار التداخل بين علاقات الأفراد المكونين لهذه التنظيمات يصبح هدفًا في حد ذاته²

أما عن أهمية التنظيم فتكمن في تنسيق العمل بين مختلف الأقسام و الإدارات ، فتمنع التعارض في الأهداف و الجهود بأقل تكلفة و أقل جهد ممكن و كل فرد يعرف حدود سلطته ومسؤولياته، مما يحقق النمو والاستقرار ويساعد على خلق الجو المناسب والملائم لظروف العمل مما يزيد الحيوية والإنتاج و يرفه الروح المعنوية لديهم³

5-2-3- أنواع التنظيم :

يمكن النظر إلى التنظيم من زاويتين أساسيين الأولى التنظيم الرسمي و الثانية التنظيم الغير رسمي يلاحظ أن كلاهما يكمل الآخر فلا يمكن أن يوجد تنظيم رسمي بمعزل عن التنظيم الغير رسمي و يمكن توضيح ذلك من خلال مايلي :

- التنظيم الرسمي : تخضع سلوكيات و تصرفات الأفراد لنظام من العلاقات الاجتماعية و يشكل التنظيم الرسمي جزء من هذا النظام ، و قد ذكر برنارد أن التنظيم يعتبر رسمياً إذا اخضع شخصين أو

¹ - يونس عبد الغفور ، نظريات التنظيم و الإدارة ، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية ، مصر، 1997 ، ص 35

² - عاطف محمد عبيد و علي شريف ، مذكرات في نظريات التنظيم و الإدارة ، المكتبة الإدارية، الإسكندرية ، مصر ،

1988

³ - Mintzberg , Structure et dynamique des organisations , 2 des édition d'organisation , 1992

أكثر لنظام معين و موجه لتحقيق هدف محدد و بذلك يكون رسميا عندما يكون الأفراد على استعداد للاتصال فيما بينهم و لديهم الرغبة في العمل مع وجود هدف مشترك يراد تحقيقه و ينقسم التنظيم الرسمي إلى ثلاث أنماط :

أ - **التنظيم الرأسي** : و يطلق عليه التنظيم أو الخطي و فيه تتركز السلطة في يد الرئيس التنفيذي فهو المصدر الوحيد للسلطة و ما يترتب عليها من حق إصدار الأوامر الملزمة ، و الاستثمار بحق الإشراف على المرؤوسين و تسلسل السلطة و المسؤولية في هذا التنظيم ، من خلال جميع مستوياته أعلى إلى أسفل داخل السلم التدريجي ، و من مزايا هذا النوع البساطة الاستقامة اكتمال المسؤولية ، سرعة اتخاذ القرارات و تسهيل عملية المتابعة و المراقبة أما عيوبه فتتلخص في نقص الأفراد المتخصصين صعوبة التنسيق و الاعتماد الكلي على الرئيس و طول الطريق التي تمر به الأوامر و المعلومات نتيجة كثرة المستويات¹

ب - **التنظيم الوظيفي** : يقوم هذا التنظيم على الأخذ بمبدأ تقسيم العمل ، إذ تختص وحدة إدارية فيه بنشاط وظيفي محدد المعالم تمارسه حتى و لو كان ضمن مجال العمل عند وحدات أخرى ، فمثلا تختص وزارة المالية بالأحوال من إيرادات و مصروفات و قيود و رقابة على الموازنة ، و تختص المراقبة العامة بمراقبة أوجه صرف الأموال في جميع المؤسسات الإدارية و الحكومية .

ج - **التنظيم الرأسي الاستشاري** : بعد توسع التنظيمات الحديثة و تعدد الخبرات اللازمة لسير العمل فيها تم اللجوء إلى أسلوب يساعد هذه التنظيمات على الاسترشاد بخبرات المرؤوسين دون وضعهم في مناصب دنيا قد لا تليق بهم و بخبراتهم التخصصية العالية ، فظهرت الحاجة إلى تعيين المستشارين و الخبراء للمستويات الإدارية العليا حيث يرتبطون مباشرة بالرؤساء الذين يتحملون المسؤولية بشكل مباشر ، إذ يقدم المستشارين خبراتهم حول مختلف الأمور التي تطرح عليهم في شكل توصيات و من أهم مميزات هذا النمط انه يوفر الأسس العلمية و الموضوعية للقرارات الواجب على المدراء اتخاذها ، كذلك يعمل على تحسين الكفاءة الإدارية و أداء الأعمال بشكل أفضل ، أما عيوب هذا النمط هو انه قد يؤدي إلى حساسيات و تناقضات بين المنفذين و الاستشاريين مما ينعكس على كفاءة التنظيم .

و خلاصة لما سبق يمكن القول أن التنظيم الرسمي يهتم بالبناء التنظيمي و توزيع السلطات داخل التنظيم و تحديد علاقاتها و مستوياتها و مسؤولياتها ، و ذلك من خلال التصميم الهرمي للتنظيم ، بحيث يبدأ من الأسفل بالتقسيمات التنظيمية الدنيا و يتصاعد إلى تقسيمات أكثر شمولاً إلى أن يصعد إلى أعلى التنظيم ، حيث تتركز القيادة في شخص يمارس السلطة الكاملة على المنظمة .

¹ - عبد الصمد البناء فرناس ، التنظيم بين الإدارة الإسلامية و الإدارة العربية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1984 ،

أما فيما يخص المنظمة الاستشفائية فرغم وجود مدير عام يسير المستشفى بها فهناك سلطة ثانية متمثلة في السلطة الطبية التي تلعب دور ثاني في التسيير الطبي للمصالح الاستشفائية هذا ما يحدث توازن و استقرار داخلها¹

-التنظيم غير الرسمي : إن التنظيم غير الرسمي هو العلاقة الاجتماعية التي تظهر بين أفراد التنظيم خارج خطوط السلطة الرسمية ، حيث يمارس سلطته على الجماعة المنتمية إليه و يجبره على الرضوخ للمعايير المنفق عليها وفق قيم الجماعة و يسعى هذا التنظيم إلى إشباع حاجات الأفراد التي لم يوفرها لهم التنظيم الرسمي²

5-2-4- عناصر التنظيم : لإقامة أي تنظيم إداري سليم ، و حتى يستطيع تحقيق الأهداف المرسومة له كما يجب أن تتوفر له مجموعة من العناصر الأساسية ، و أي خلل في هذه العناصر قد يؤثر في قدرة التنظيم على تحقيق أهدافه و هذه العناصر تشمل :

- محددات الهيكل التنظيمي و تكوينه

- تحديد مسؤوليات و السلطات و العلاقات

و لدراسة هذه العناصر سوف يتم شرحها على النحو التالي :

أ - محددات الهيكل التنظيمي : ليس هناك تنظيم مثالي صالح لكل المنظمات و في كل الأوقات، إذ يختلف حسب نوع النشاط و حجم المنظمة و شكلها القانوني ، و خاصة الكفاءات المترتبة على السلطة و دورها في تحقيق لانضباط و التكيف داخل المنظمة و بناءا على ذلك يمكن استعراض العوامل التي لها الفضل في تصميم الهيكل التنظيمي و مدى تطبيقها و العمل على تحقيقها من طرف أصحاب السلطة و العاملين بالمنظمة

- الأهداف : أهداف المنظمة تحدد نوعية الأعمال التي يجب تأديتها في التنظيم ، كما تشكل الأساس في بنائه بالإضافة إلى أنها قد تكون طويلة أو قصيرة المدى لتحديد نوعية التنظيم الذي يتم استخدامه

- المحيط الداخلي : يتأثر الهيكل التنظيمي بمجموعة القيود الداخلية بالمنظمة كالقيود المتعلقة بالموارد المالية و البشرية ، حيث يؤثر عدد الأفراد العاملين بالمنظمة و نوعيتهم و مؤهلاتهم و خبراتهم و قدراتهم كما تؤثر على الموارد المالية على المستوى التكنولوجي المناسب ، و على تحديد طرق و أساليب الإنتاج ، و طبقا لهذا التأثير تتحدد المهام و الواجبات و الاختصاصات الوظيفية و التي تنعكس أثارها على أداء الأفراد .

¹ - أمين ساعتاني ، الإدارة العامة ، الدار الجامعية ، بيروت ، 1983 ، ص 149

² - مصطفى احمد السيد ، إدارة السلوك التنظيمي ، جامعة نبهة ، مصر ، بدون سنة ، ص 237

- **المحيط الخارجي** : تؤثر عناصر المحيط الخارجي على نوعية التنظيم و من بين أهم تلك العناصر الظروف الاقتصادية و الاجتماعية و التكنولوجية السائدة في المجتمع ، و كذلك الأنماط الثقافية السائدة فيما يتعلق بالسلطة و مدى توافر الثقة بين الأفراد العاملين بالتنظيم¹

ب - تكوين الهيكل التنظيمي : يعد تضخم حجم المنظمة و تزايد عدد العاملين فيها نتيجة لكبر حجم أعمالها من ناحية و تعدد هذه الأعمال و تنوعها و تشعبها و عدم تجانسها من ناحية أخرى ، مما يستدعي بالضرورة إلى تخصيص و تصنيف هذه الأعمال و تقسيمها إلى مجموعات رئيسية مما يؤدي إلى تكوين مايلي :

- المستويات الإدارية المتعددة و التي تقسم إلى ثلاث أقسام رئيسية و المتمثلة في الإدارة العليا و الوسطى و الدنيا ، و على أساس هذا التقسيم يتم تحديد المسؤوليات و الأعمال المنوطة بالإدارة و التي يجب أدائها و انجازها بواسطة هذه الأخيرة من خلال العاملين فيها و تحت إشراف مسؤولية مدير هذه الإدارة ، و من ثم فان التقصير في أداء تلك المهام يعرض الإدارة و الشخص المسؤول و من ذلك نتضح أهمية تحديد المسؤوليات و التي يجب أن تتوفر فيها عدة شروط و خصائص التي تميز شاغريها و أن تكون شاملة بحيث تغطي كافة ما هو مطلوب من هذه الإدارة أن تؤديه دون نقص أو قصور ، و من ناحية ثالثة يجب أن تتصف تلك المسؤوليات بالازدواجية أو التداخل بينها لكي لا يحدث التنازع أو التضارب فيما بينها² .

- **تحديد السلطات** : السلطة و الصلاحية هي حق يفوض للمدير بما يخوله أو يمكنه من خلال هذا الحق أن يتخذ أو يصدر تعليمات أو أوامر و قرارات قابلة للتنفيذ بواسطة مرؤوسيه و الشرط الأهم هو أن تتفق هذه السلطات مع المسؤوليات السابق تحديدها أو تكافأ معها تحقيقاً للمبدأ (تكافؤ المسؤوليات مع السلطات) و الذي بدونه يختل التنظيم و لا تتحقق العدالة لهذا التنظيم بل يشعر المسؤول بعدم العدالة و نقص قدراته المادية و المعنوية على تحمل مسؤولياته ، بالإضافة إلى أن هذا يؤثر على تنمية قدرات و كفاءات هؤلاء المديرين .

- **تحديد مواصفات شاغل الوظيفة** : بعد تكوين الهيكل التنظيمي يجعله في موقع معرفة المواصفات التي يجب أن تتوفر في صاحب من يشغل إحدى مناصبه ، و تتكون هذه المواصفات من المؤهلات العلمية أو الفنية و سنوات الخبرة المطلوبة و الصفات الشخصية و غيرها ، و خاصة ما يتعلق منها بالمهارات المهنية الفنية من ناحية و القدرات الإدارية من ناحية أخرى³

¹ - محمد قروج ، واقع الهيكل التنظيمي للمؤسسات الصحية و علاقته بكفاءة الأداء ، دراسات ما بعد التدرج المتخصصة

في تسيير الموارد البشرية ، المدرسة الوطنية لصحة العمومية ، المرسي الجزائر ، دفعة 2005 / 2006 ص 15

^{2 2} - محي الدين الأزهرى ، الإدارة و دور المديرين أساسيات و سلوكيات ، دار الفكر للنشر و التوزيع، مصر، 1993 ،

5-2-5- خصائص التنظيم و مهامه :

يمكن للفرد أن يجني الكثير من الفوائد إذا قام بتنظيم أموره و أعماله في حياته العامة و اليومية ، كذلك صاحب السلطة داخل المؤسسة و تنظيم أجهزتها ، و يتم تحقيق أهداف المؤسسة إذا عمل أصحاب السلطة بالخصائص التالية و أهمها :

- مراعاة نطاق الإشراف : أي أن يحدد نطاق الإشراف على ضوء المؤسسة من حيث حجمها و نوع العمل و نوعية العاملين فيها .

- تفويض السلطة : و تعني عدم تركيز الأمور في أيدي المديرين بل يجب عليهم تفويض بعض الأعمال لمعاونيهم الذين لديهم كفاءة و يتقنون بهم .

- تدعيم مبدأ التخصص و تقسيم العمل : و هذا لمنع وقوع الفوضى و تضارب الاختصاصات مما يسبب صعوبة تحقيق الأهداف .

- وحدة القيادة و الأمر : و هذا يعني أن يتلقى المرؤوسين في موقع العمل الأوامر من رئيس واحد ، فمن الطبيعي أن المرؤوس لا يستطيع أن يستجيب لمجموعة من الأوامر التي تصدر إليه من أكثر من رئيس في وقت واحد ، بالإضافة إلى أن هذه الأوامر قد تكون متعارضة مع بعضها البعض مما يجعل تنفيذها أمرا صعبا و ذلك يضر بالمصالح المؤسسة .

- تكافؤ السلطة و المسؤولية : يجب أن تتكافأ السلطة مع المسؤولية أي أن تتوافر للمديرين سلطة كافية تتناسب ما القي على عاتقهم من مسؤوليات ، حيث أن هذه السلطة تساعدهم على انجاز أي عمل من الأعمال المنوطة بهم كما يمكن تحديد مهام التنظيم لتحقيق أهداف المنظمة فيما يلي :

- تحدد الإطار الفكري أو الفلسفي للتنظيم و يتوقف على رؤية فلسفية للإدارة العليا يجب أن تحققه المنظمة في المستقبل .

- تحديد الأهداف و الأنشطة الرئيسية التي تساعد على تنفيذ سياسات و خطط و أهداف المنظمة

- تحديد الأنشطة المساعدة على تحقيق الأهداف بما يعني الأعمال المطلوبة لدعم الوظائف الرئيسية في المنظمة

- توزيع الوظائف المختلفة و تقسيمها على الإدارات و الأقسام ، مع تحديد العلاقات بين الرؤساء و المرؤوسين في كل إدارة أو قسم مع تبيان حدود السلطة و المسؤولية و كذا المهام بكل وحدة إدارية¹

5-2-6- إعادة التنظيم :

تلجأ المنظمة إلى عملية إعادة تنظيمها تحت ظروف معينة ، التي يقصد بها الانتقال بالمنظمة أو المؤسسة من شكل و أوضاع تنظيمية قائمة إلى أخرى جديدة ، يتم فيها إعادة تقسيم المنظمة إلى إدارات و أقسام و وحدات كما يعاد تحديد السلطات و المسؤوليات و كذا الاختصاصات و توضيح العلاقات بين مختلف الوحدات الإدارية و تعديل أساليب العمل وفقا لما تتطلبه الأوضاع الجديدة و يتحتم

¹ - دليل الممارس التنموي في تكوين و إدارة المنظمات الطوعية ، موقع في الانترنت

مع ذلك تعديل الهيكل التنظيمي و تحديد قنوات الاتصال مما يضمن تحقيق أهداف المنظمة و الأسباب التي تدعوا عادة إلى إعادة تنظيم المؤسسة و التي ترجع إلى مايلي :

- إذا كانت هناك تغير ملموس في حجم المنظمة سواء كان بالتوسع أو التقلص الأمر الذي يوجب إعادة التنظيم بما يتماشى و الأوضاع الجديدة .

- إذا ما ثبت فشل التنظيم القائم و عجزه عن تحققي الأهداف المسطرة للمنظمة

- عند إدخال أساليب جديدة في العمل لتحقيق قدر اكبر من الرقابة على أعمال المنظمة

- عند التحول من المركزية إلى اللامركزية في الإدارة فذلك أمر يتحتم معه تعديل التنظيم بما

يتماشى و التحولات الجديدة

- عند إدخال تعديلات على المعدات المستخدمة أو تطويرها ، فاستخدام التكنولوجيا الحديثة في

العمل تحتاج إلى تغيير في الأساليب و البرامج المستخدمة .

- في حالة تغير الظروف الاقتصادية يتم اللجوء إلى تنفيذ سياسات اقتصادية جديدة مثل سياسة

الدولة لتحقيق الانفتاح الاقتصادي .

- في حالة ظهور صراعات قوية داخل المنظمة يجعل المسؤولين يضطرون إلى إعادة النظر في

النظام القائم ووضع تنظيما جديدا يمكنه من القضاء على تلك الصراعات

- لتحقيق مبدأ التخصص و تقسيم العمل بحيث يكون بنقل الاختصاصات من إدارة إلى أخرى

بهدف توسيعها بعدما اثبت التنظيم القائم عجزا فيتختم إعادة النظر في تقسيم و تحديد اختصاصات كل

وحدة إدارية و توضيحه توضيحا كاملا

- من حيث وضع الرجل المناسب في المكان المناسب¹

5-3- التنظيم الاستشفائي و تحديد وظائفه :

5-3-1- تطور المنظومة الصحية بالجزائر :

كان النظام الصحي الذي ورثته الجزائر بعد الاستقلال يتمحور خاصة في الطب العمومي الذي

كان يتم داخل المستشفيات و عيادات تشرف عليها البلديات ، التي كانت تقدم مساعدات طبية مجانية

ومراكز الطب المدرسي و النفسي تحت إشراف وزارة التربية والتعليم من جهة أخرى الطب الخاص

(العيادات الخاصة) يسهر عليها حوالي 600 طبيب جلم من الأجانب، وكانت الموارد الطبية و الشبه

الطبية و الهياكل القاعدية تتمركز أساسا في المدن الكبرى كالجزائر العاصمة إلا في سنة 1965²

بعدها تأتي مرحلة أخرى تتمثل في :

¹ - علي الحبيبي ، الإدارة العامة ، سكنية عين الشمس ، القاهرة ، 1980 ، ص 186

² - المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 1997/12/02 ، الصادر من جهة الجريدة الرسمية العدد 81 - الصادر

بتاريخ 1997/12/10 الجزائر .

- مرحلة المخططات التنموية 1965- 1979 : تميزت السياسة الاجتماعية في هذه المرحلة بانطلاق خطط تنموية و تكثيف الاستثمار في الموارد البشرية و المالية ، و العمل على إقامة سياسة حكومية لصالح الصحة و تبعا لهذه السياسة شرعت السلطات بتنفيذ أولى المخططات التنموية ، و كانت ترمي إلى أهداف التنمية الصحية في هذه المرحلة و إلى مضاعفة العمل في الميدان الصحي ، و فتح مناصب شغل لكل الأطباء كما بدأت في سياسة الاستثمار المكثف ، و هذا بهدف التحرر من التبعية للدول المتقدمة في الميدان الصحي و هذا عن طريق تكوين الإطارات الفنية الجزائرية و استعمال الوسائل التكنولوجية و بهذا أنشأت الجزائر المشاريع التي تعتمد على استثمار الأيدي العاملة .

- الفترة ما بين 1965 - 1970 : في هذه الفترة عملت الجزائر على مواجهة متابع إعادة ترميم ما خربه الاستعمار في الميدان الصحي ، و قامت بإعادة النظر في كل استراتيجياتها العلمية لتطوير هذا الميدان الصحي ، إذ كان للطب آنذاك دوره لا يتجاوز دور العلاج ، كما قامت الحكومة بتشجيع كل القطاعات الخاصة و المنظمات الرسمية من أجل توفير الصحة للجميع .

- الفترة ما بين 1970-1979 : في بداية السبعينات عرف القطاع الصحي انتعاشا كبيرا شهد تدخلا حكوميا واسعا و فعالا حقق للجزائر معدلات نمو صحي مرتفع و توسعا هيكليا كبيرا تمثل في ارتفاع عدد الأطباء و العاملين ، كما عملت وزارة الصحة آنذاك بإنشاء أقسام خاصة بالوقاية و التربية الصحية التي تختص في ميدان الترقية و تحسين المستوى الصحي للجزائريين .

و في سنة 1973 اتبعت الجزائر (سياسة العلاج المجاني) في القطاعات الصحية كخطوة أولى لإعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي ، و توحيد نظامه ككل و هذا ما أكده نص الميثاق الوطني لسنة 1976 و ذلك في المادة 67 و التي تنص بان لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية و هذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة و مجانية .

- مرحلة التقويم و الإصلاحات 1980-1990 : والتي تهدف إلى حماية صحة السكان و ترقيتها في إطار الخريطة الصحية و هذا بتجسيد الحقوق و الواجبات التي تضمن ذلك حيث تتميز هذه الأخيرة بمايلي :

- سيطرة القطاع العمومي و تطويره

- تخطيط صحي يندرج في سياق العام لتنمية الاقتصادية و الاجتماعية

- إشراك جميع القطاعات في إعداد البرامج الوطنية المحددة في مجال الصحة و تنفيذها

- تكامل أعمال الوقاية و العلاج و إعداد التكيف

- فترة ما بعد 1990 : استمرت الجزائر في سياسة الطب المجاني إلى غاية مارس 1995 التي

اتخذت إجراء دفع المبلغ المالي في المجال الصحي بالمستشفيات و في سنة 1997 تم إصدار مراسيم

تنفيذية ثلاث من شأن كل واحد منها قواعد إنشاء تنظيم و تسيير فعال لكل من المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و القطاعات الصحية و المراكز الاستشفائية الجامعية¹

إلا أن العلاج الثانوي و النهائي سيظل متمركز في القطاع الاستشفائي العام الذي يقصده كل المواطنين بغض النظر عن الاختلافات التي تصيبه من سوء التمويل و التنظيم و التكوين ، و بما أن القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي² و الذي يقوم على أساس الانسجام و تكامل كافة مراكز المسؤولية فيه ، فكل خلل يصيب إحدى مصالحه يضر بالمصالح الأخرى و هذا ما يؤدي حتما إلى عواقب و انعكاسات سلبية و خطيرة تأخذ عادة تشكل الاضطرابات في علاقات العمل و فقدان المصداقية و سوء التكفل بالمرضى و تبيد الموارد المالية و البشرية³

- إضافة إلى عدم تلاؤم القوانين الأساسية للمؤسسات مع مهامها
- نقص إجراءات التسيير
- وجود قوانين و ظروف ممارسة غير ملائمة مع أجور منخفضة بالنسبة للمستخدمين
- تباين في توزيع الموارد البشرية و المادية بين المناطق و داخلها
- تجهيزات ناقصة أو قديمة في كثير من الأحيان
- عدم تجانس حظيرة العتاد الطبي و نقص في العناية
- نفاذ الموارد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية و تنظيمية تزيد من الاختلالات في تسيير المستشفيات

- تقييم غير كافي للنشاطات الطبية⁴

و لمعالجة هذه العراقيل و الاختلالات و تخطيها و المساهمة في تحسين مردودية التسيير في مستشفياتها و هذا بتخفيض تكاليف الإنتاج من جهة و زيادة فعالية و نوعية الخدمات الصحية التي تقدمها من جهة أخرى و الذي يستوجب الاعتماد على المناهج العلمية و العقلانية⁵

أما تحديد المهام و الوظائف و التقسيمات الإدارية و التنسيق بين مختلف المستويات ووضع أسس للرقابة بما يخدم المصلحة العامة ، و بهذا يكون فضاء لممارسة السلطة داخلها و المحافظة على

¹ - نبيلة بوخبرة ، الاتصال الاجتماعي في الجزائر ، رسالة لنيل درجة الماجستير في الإعلام - جامعة الجزائر ديسمبر 1995 ، ص 195

² - المادة 1 من المرسوم التنفيذي رقم 97 - 1997/12/02 ، الجزائر

³ - A - moulet , L'analyse fonctionnelle (gestion hospitalier) , année 1976

⁴ - www.santé.dz/réformes

⁵ - o gelinier , Fonctions et tache de direction général . Homme est technique . paris 1963

نجاحتها لابد من التوفيق ما بين التنظيم الإداري للمؤسسة الصحية المتميز بالجمود و كثرة الإجراءات الإدارية من جهة و التنظيم الصحي الذي تغلب عليه خصائص السرعة و المرونة و الاستعجال¹

5-3-2- السمات التي تميز المستشفى :

يعتبر المستشفى نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية² لكل منها طبيعة مميزة و خصائص مختلفة كما يعتبر بمثابة نظام مفتوح لأنه يعمل على حل مشكلات تعترض صحة أفراد المجتمع الذي يتفاعلون معه يتأثرون و يؤثرون فيه ، و فيمايلي أهم الصفات التي تميز المستشفى كنظام عن غيره من المنظمات الأخرى .

- يعتبر المستشفى من المنظمات الفنية الاجتماعية المعقدة

- نظرا لاشتماله على عدد كبير من العاملين و لتعدد التخصصات الدقيقة في أقسامه المختلفة و

لتنوع أساليب التكنولوجيا المستخدمة في التشخيص و العلاج

- يعتبر بمثابة نظام إنساني فني ، فمدخلاته و مخرجاته لخدمة الشخصية و المتمثلة في رعاية

المريض و كل الأعمال تتم بوسائل إنسانية تستخدم الموارد المكانية و التسهيلات الفنية ، كما أن أهدافه تعتبر بمثابة أهداف اجتماعية (رعاية المريض و التدريب و البحوث ...)

- فهو نظام حي لا يمكن مكنة نشاطاته أو توحيدها أو برمجتها لاختلاف احتياجات المرضى و

متطلباتهم الصحية ، و ذلك على خلاف الوضع في المنظمات الصناعية التي تركز على ناتج له مواصفات محددة فضلا عن عدم إمكانية قياس ناتج العمل به بدقة في أي وقت من الأوقات ، نظرا لاختلاف المشكلات الصحية التي يواجهها و ذلك عكس الوضع في المنظمات الصناعية .

- تدار كثير من المستشفيات بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من أسلوب الإدارة بالأهداف و ذلك

لان متطلبات العمل في غالبيتها ذات طبيعة طارئة غير قابلة للتأخير³

5-3-3- وظائف المستشفى :

لجميع المستشفيات خصائص رسمية سببا لوجودها و لقد ذهب البعض لى وصف المستشفى

على أنها تمثل النموذج التطبيقي الذي له أهداف متعددة فهي (مكان للإقامة و مدرسة و معمل و مكان للعلاج في نفس الوقت ذاته)⁴

¹ - www.santé.dz/réformes

² - صلاح الدين عون الله ، مدخل النظم ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، 1984 ، ص 13

³ - حسن نصير و آخرون ، الإدارة في المستشفيات الخاصة ، دراسة تحليلية بحث رقم 04 ، مركز البحوث بالفرقة التجارية ، جدة 1982 ، ص 58

⁴ - علي عبد الرزاق حليبي ، علم اجتماع العمل - النظرية و التطبيق - دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر ،

أو كما جاء في كتاب مختصر في السيلوجية و الاقتصاد الطبي لكل من Pelicier et Moncher حيث ذكر هذان الباحثان أن للمستشفى و رغم الانتقادات العديدة التي توجه له خمسة وظائف أساسية و هي :

- وظيفة صحية : يعتبر المستشفى مؤسسة علاجية حيث يستفيد المرضى من الخدمات الفندقية و الخدمات التابعة (علاجية طبية) كما يقوم بتقديم خدمات فيما يتعلق بالفحص و التحاليل... الخ
- وظيفة وقائية : و يقصد بالوقاية الثانوية كما هي محددة عند المنظمة العالمية لصحة (التلقيح مثلا)
- وظيفة تعليمية : حيث يوجه التعليم أساسا إلى أطباء المستقبل و السلك الشبه الطبي و المساعدين في التمريض ، رغم أن هذه الوظيفة يتكفل بها المركز الطبي و الجامعي إلا انه و في بعض الأحيان تؤدي المستشفيات هذه المهمة لمساعدة مرضاه .
- وظيفة المساعدة التقنية : و يقصد بهذه الوظيفة أن الطبيب العام يرجع في كل مرة إلى المستشفى قصد مساعدة مرضاه .

و يمكن على أية حال أن نتصور و بوضوح أن كل نشاط تقريبا يشغل به احد العاملين أو أعضاء الهيئة الطبية في المستشفى ، على أن له صلة برعاية المريض و راحته ابتداء من المهام الواضحة للهيئة الطبية حتى المساعدين في الأعمال الطبية و العلاجية و العاملين في النظافة أو الإطعام أو إلزامه¹ إلا أن التداخل في المهام و الوظائف خاصة بين السلطة الإدارية و السلطة الطبية من ناحية اتخاذ القرارات و إصدار الأوامر إلى جانب تلبية الحاجيات الضرورية الفردية و الجماعية يولد صراعا بين الطرفين و الذي يعيق مسار التنظيم الاستشفائي هذا هو محور دراستنا

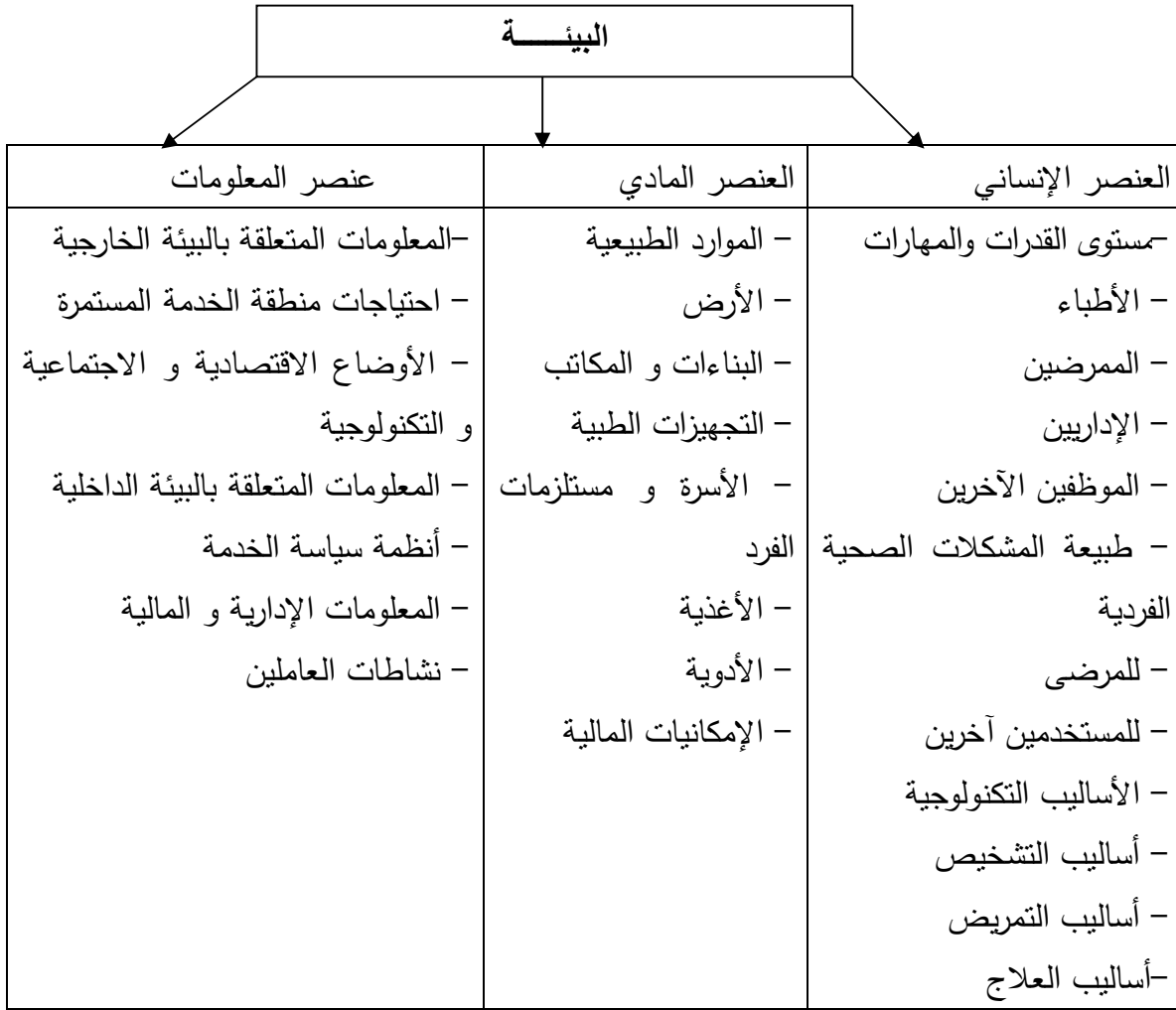
5-3-4- مكونات المستشفى :

الأهداف لعامة : تمثل الأهداف العامة للمستشفى الترجمة الحقيقية للاحتياجات الصحية لمجتمع المنطقة التابعة له ، و هي بذلك تعتبر بمثابة الخطوط الرئيسية التي تسترشد بها إدارة المستشفى لتلبية هذه الاحتياجات .

المدخلات : تمثل المدخلات العناصر اللازمة لقيام المستشفى بنشاطاتها المختلفة و هي تشمل حسب الجدول التالي²

¹ - Y. Pelicier et PH . Moucher , Abréger de sociologie et economie , masson et cle , editeurs , paris , 1973 ; p95

² - علي سنوسي ، نحو تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسة الصحية ، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، فرع تسيير ، الخروبة ، الجزائر ، 2000- 2001 ص 70 و 74 ،



المصدر : علي سنوسي ، نحو تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسة الصحية ، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، فرع تسيير ، الخروبة ، الجزائر ، السنة الجامعية 2000-2001 صفحة 71

المخرجات : تتحصر المخرجات الناتجة عن نشاطات المستشفى الأساسية و المساعدة بشكل رئيسي فيمايلي :

المخرجات المتعلقة بحالة المرضى عند الخروج من المستشفى : أي حالة المريض بعد التشخيص و العلاج تحت الاحتمالات التالية : تحسن ، شفاء ، وفاة ، أو إحالة إلى مراكز طبية أكثر تخصص¹

¹ - علي سنوسي ، نحو تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسة الصحية ، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، فرع تسيير ، الخروبة ، الجزائر ، السنة الجامعية 2000-2001 ص 71 .

5-3-5- الإطار التنظيمي للمستشفى :

تقوم المؤسسة الصحية العمومية برسم أهدافها و تنفيذ برامجها و يتم ذلك بموجب قوانين و تنظيمات لإنشاء مجموعة من الهياكل و مراكز المسؤولية يتم بواسطتها وضع الإطار الوظيفي و لقانوني الذي تعمل فيه مختلف المصالح المكونة للمؤسسة الصحية .

أ - الإطار التنظيمي و الوظيفي للمستشفى : في الواقع هناك عدد لا يستهان به من المسيرين الذين لا يبالون بالمخططات التنظيمية و بأهميتها ، فان مراقبة التسيير لا يمكن أصلا وضعها و استعمالها و تقييم نتائجها إلا بالاعتماد على مخطط تنظيمي فعال تحدد فيه المسؤوليات و الأهداف بطريقة واضحة و دقيقة و هذا بموجب المرسوم المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها ، فان مراقبة التسيير لا يمكن أصلا وضعها و استعمالها و تقييم نتائجها إلا بالاعتماد مخطط تنظيمي فعال تحدد فيه الكفاءات التي تدر على مراكز السلطة مع تحديد مسؤولياتهم و أهدافهم بطريقة واضحة و دقيقة ، و هذا لتجنب الخلاف و النزاع السلبي يقوم بين المديرين على المسؤولية الاستشفائية .

ب - الإطار القانوني و التنظيمي : من خلال القوانين و المراسيم الوزارية المشرعة حول التنظيم الاستشفائي حاول المشرع الجزائري من خلالها تفادي التنظيمات الكلاسيكية الجامدة و إعطائها تنظيما إداريا علميا يقترب في شكله من تنظيم المؤسسات الاقتصادية¹

فالمؤسسة الصحية في رسمها لسياستها و تحديدها للأهداف و البرامج تخضع لتوصيات مجلس الإدارة يتكون من أعضاء يمثلون الهيئات الممولة للخدمات الصحية و أعضاء يمثلون مستخدمي الصحية و أعضاء آخرين يمثلون جماعات المنتفعين .

أما عملية التسيير الإدارية فتدخل في إطار الصلاحيات المخولة لمدير المؤسسة الصحية الذي يتم تعيينه بقرار من الوزير المكلف بالصحة و يساعده في تأدية مهامه مديرون مساعدون يتم تعيينهم بقرار من الوزير المكلف بالصحة و باقتراح من مدير المؤسسة .

أما المخطط التنظيمي للمؤسسة الصحية فيتم تحديده بقرار مشترك ما بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المالية و السلطة المكلفة بالوظيفة العمومي .

و أخيرا هنا هيئة استشارية مكلفة بإصدار آراء تقنية و هي المجلس الطبي المتكون من مختلف المستخدمين الطبيين و الشبه الطبيين²

فكل هيئة و كل مسؤول له وظائف و مهام لا بد عليه من تأديتها بفعالية ، و لا تكتمل تأديته لمهامه دون وجود تعاون و حوار و نقاش دائم حول النظر في القضايا لمعرفة كل متطلبات و حاجيات المستشفى و العلاج لمنع حدوث صراع نتيجة لرفض سياسة التسيير و التنظيم من إحدى المسؤولين .

¹ - القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 افريل 1998 ، المحدد للتنظيم الإداري للقطاعات الصحية ، الجزائر

² - القرار الوزاري المشترك رقم 56 المؤرخ في 06 سبتمبر 1998 المعدل و المتمم للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 13 مارس 1995 المحدد لشروط التعيين في المناصب العليا ، الجزائر

ج - الإطار الوظيفي و العملي : بعد أن تطرقنا للإطار القانوني للمخطط التنظيمي للمؤسسة الصحية العمومية هناك الإطار الوظيفي و العملي ، و لذي يتم التطرق إليه سابقا بالتفصيل من خلال فصل السلطة و هذا باستعراضنا إلى أهم المهام و الوظائف المنوطة بهياكل التسيير و بكل مراكز المسؤولية داخل القطاع الاستشفائي العمومي ، حيث يتميز هذا الأخير بوجود خطين من السلطة :

الأول : خط سلطة الوظيفة الرسمية ممثلا بالجهاز الإداري

الثاني : خط سلطة المعرفة الذي يتميز به أفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي

الدقيق .

الأمر الذي يؤدي في حالات عديدة إلى صراع على النفوذ و هذا ما يدل على تقصير المسؤولين في أداء دورهم مما جعل المنظمة تقع في عدة مشاكل و عراقيل في ميدان العمل ، فيولد صراع على النفوذ و هذا ما يدل على تقصير المسؤولين في أداء دورهم مما جعل المنظمة تقع في عدة مشاكل و عراقيل في ميدان العمل ، فيولد صراعا بين أفرادها و من بيئة الصراع بين أصحاب القرار و المسؤولية و هذا لتلبية اكبر حاجيتها ، و يرجع إلى بعدنا الكبير عن طريق التسيير العلمي و الحديث نظرا لافتقاد إطارتنا مستوى كفاءة المنصب¹

¹ - علي سنوسي ، مرجع سابق ، ص 142

خلاصة :

بما أن المستشفى من المنظمات الفنية المعقدة التي لديها وظائف إدارية و نشاطات تقنية علاجية خاصة بها تؤديها كفاءات فنية و إدارية متفاعلة فيما بينها و تتداخل مع النظام الكلي للمستشفى لتحقيق أهدافه المرسومة القائمة أساسا حسب الهيكل السلمي بتقسيم المهام و تحديد المسؤوليات مع تقسيم الأهداف حسب أهميتها و طبيعتها على مختلف المصالح ، الذي يتوافق مع المراكز الموطنة إليهم ، لهذا تطرقنا في هذا الفصل إلى أهم نظريات التنظيم و رؤيتها المختلفة في كيفية التحكم في الأوضاع الداخلية للمنظمات .

كما تعرضنا بصفة عامة إلى أهمية التنظيم الإداري ووظيفته داخل المؤسسة .
و في الأخير خصصناه إلى الحديث على التنظيم الاستشفائي بتحديد وظائفه و مكوناته قصد معرفة التركيبة البنائية و الوظيفية التي يجري بداخلها .

الجانِبُ التَّطِيْفِي

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

1- حدود الدراسة الميدانية

2- مجتمع الدراسة

3- عينة الدراسة

4- منهج الدراسة

5- أدوات جمع البيانات

6- وسائل تحليل البيانات

7- عرض النتائج ومناقشة الفرضيات

7-1 عرض استجابات أفراد العينة حسب المحاور

7-2 نتائج الجداول

7-3 عرض المقابلات

7-4 تحليل المقابلات

8- مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج

9- الاستنتاجات العامة

تمهيد

بعد التطرق في الجانب النظري إلى مختلف الفصول التي لها علاقة بموضوع دراستنا، سنحاول من خلال هذا الفصل عرض مختلف النتائج المتحصل عليها من خلال دراستنا الميدانية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة، انطلاقاً من عرض خصائص أفراد العينة ثم استجاباتهم على بنود ومحاور الاستمارة المعدة أساساً لقياس جوانب الصراع العمالي القائم هناك بين السلطة الطبية والطبقة الإشرافية، كما نعرض كذلك مختلف النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلات التي أجريناها مع بعض المسؤولين وبعض الأطباء، وفي الأخير حاولنا تقديم تحليل ومناقشة لهذه النتائج وصولاً إلى استنتاج عام.

1- حدود الدراسة الميدانية:

1-1 الحدود الزمانية :

يقصد به الفترة التي استغرقتها الدراسة و كانت أول مرحلة هي القيام بدراسة استطلاعية في أوائل شهر مارس و هذا لتكوين فكرة عامة عن الموضوع ، أما البحث الميداني الفعلي فقد دام من شهر افريل حتى شهر ماي، أما فترة توزيع الاستثمارات واستلامها فقد دامت قرابة خمسة و عشري يوم.

حيث كنا نخصص خمسة أيام في الأسبوع للالتحاق بالمستشفى قصد توزيع الاستثمارات ومع بداية استرجاع الاستثمارات ازداد معدل الذهاب إلى المستشفيات تقريبا كل أيام الأسبوع .

1-2 الحدود المكانية:

قمنا بأجراء الدراسة الميدانية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة.

ونحن بصدد تناول الدراسة الميدانية للمؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة، فقد كان العلاج في الحقبة الاستعمارية يقدم من طرف الجهاز العسكري لعدو عن طريق عيادات التمريض، وبعد ذلك أنشأت مقاطعات صحية تتمركز بالمدينة والمناطق الأهلة بالمعمرين ،ومع اندلاع الثورة التحريرية بدأت المؤسسة الاستشفائية تتكفل بعلاج الشعب رغم قلة الإمكانيات.

ببزوغ ربح الاستقلال ومع انتهاج حرب التحرير شيدت المستشفيات من اجل اكبر تغطية صحية للمواطنين في إطار سياسة الطب المجاني وكان من بينها مستشفى الزهراوي الذي أصبح المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي فزود بأحدث الوسائل والمعدات والتخصصات في فروع الطب فهو مؤسسة خدماتية إنسانية تستقبل أكثر من 270 مريضا يوميا على مستوى مصلحة الاستعجالات التي تعتبر واجهة المستشفى يشرف عليها طاقم طبي وشبه طبي وعمال مهنيون كلهم يسهرون على راحة المريض بتقديم خدمات متميزة جمة.

تعريف المؤسسة الاستشفائية "الزهراوي":

مستشفى الزهراوي مؤسسة عمومية استشفائية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي حسب التعليمات الوزارية رقم 22 المؤرخة في 24/11/1998 ، وبوضع تحت وصاية الوالي حيث يقترح الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي أو حل أي قطاع صحي بمرسوم تنفيذي .

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية "الزهراوي" احد المؤسسات الصحية التابعة لمديرية الصحة والسكان لولاية المسيلة ، ويعد من أقدم المستشفيات على التراب الوطني ، وتم تدشينه من قبل رئيس الجمهورية "الشاذلي بن جديد" سنة 1982 بنفس التسمية "مستشفى الزهراوي" نسبة للعالم الزهراوي الذي يعد ويعتبر أشهر جراح مسلم في العصور الوسطى و نابغة في علم الطب .

الموقع : يقع مستشفى الزهراوي في الناحية الشمالية الشرقية لعاصمة الولاية ، يحده من الشرق حي 80 مسكن ومن الشمال المحكمة ، ومن الجنوب المدرسة الإكاديمية زين الدين يحيى بن معطي الزواوي ، أما من الناحية الغربية يحده الطريق الوطني الرابط بين ولاية برج بوعرييج والمسيلة ، ويتسع على مساحة تقدر بـ 3000 م² لفائدة المجموعة السكانية التي تقدم بحوالي 100000 ساكن ، وطاقته التقنية 224 سرير بما يقارب 1.02 سرير /1000 مواطن ، ومعدل 2.66 سرير /1000 مواطن على مستوى البلدية .

تحتوي المؤسسة العمومية الاستشفائية الزهراوي على خمس طوابق ، والطوابق العليا خاصة بالأقسام الاستشفائية وهي : قسم الطب الداخلي ، الجراحة العامة ، جراحة الأذن والأنف والحنجرة ، طب الأطفال وقسم الأمراض المعدية .

أما الطابق السفلي يحتوي على قسم تصفية الكلى ، الصيدلية المركزية والمخازن . وهناك جهة جديدة فتحت في 5 جويلية 2010 تحتوي على الأقسام التقنية ، بالإضافة إلى مكتب المدير العام والذي يضم ثلاث مديريات تسهر على تسيير الخدمات بالمؤسسة وهي على النحو التالي : مديرية المصالح الصحية ، مديريات المصالح الاقتصادية ، مديرية الموارد البشرية . مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية بطاقة استيعاب 24 سرير وثلاث غرف عمليات مخبر وقاعة أشعة وغرفة العناية المكثفة ومعالجة الصدمة.

مهام واختصاصات المؤسسة العمومية الاستشفائية :

تتكلف المؤسسة العمومية الاستشفائية في مجال نشاطها بشكل منسجم ومنظم بحاجيات السكان الصحية وفي هذا

الإطار يقوم بالمهام التالية :

- 1- يضمن تنظيم وتوزيع الإسعاف وبرمجتها
- 2- تطبيق نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء
- 3- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة والسكان
- 4- تساهم في ترقية المحيط وحمائته في مجالات الوقاية والصحة والنظافة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية
- 5- تساهم في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم.

2- مجتمع الدراسة:

تضم المؤسسة العمومية الاستشفائية 579 عامل في جميع الاختصاصات ومن بينهم الإداريون 34 ، الأطباء العامون 30، أطباء أخصائيون 21 الصيادلة 01، الشبه طبيون 296، التثنيون 12 ، العمال المهنيون 121 ، أعوان الأمن والوقاية 18 ، السائقين 15.

3- عينة الدراسة:

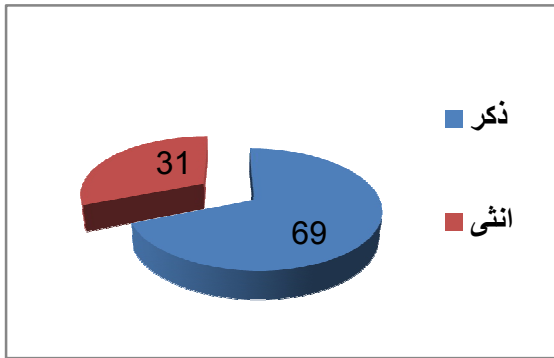
قمنا باختيار عينة الدراسة بطريقة طبقية عشوائية، وهي تتمثل في أطباء وإداريين مستشفى الزهراوي بالمسيلة، وعددهم 100 موظف.

ونحاول في هذا الجزء عرض الخصائص العامة لأفراد عينة البحث، انطلاقا من أن البيانات الشخصية تشكل متغيرات ذات دلالة يمكن تأثيرها على استجابات المبحوثين، وعليه فإن الوقوف على خصائص العينة المختارة من حيث تركيبها وأبعادها الاجتماعية والمهنية والثقافية والنفسية يساعدنا على توضيح وتفسير بعض مواقف واتجاهات وآراء المبحوثين حول طبيعة العلاقة القائمة بين الرئيس والمرؤوس ومستوى الرضا الوظيفي.

جدول رقم: 06

يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الشكل رقم : 11



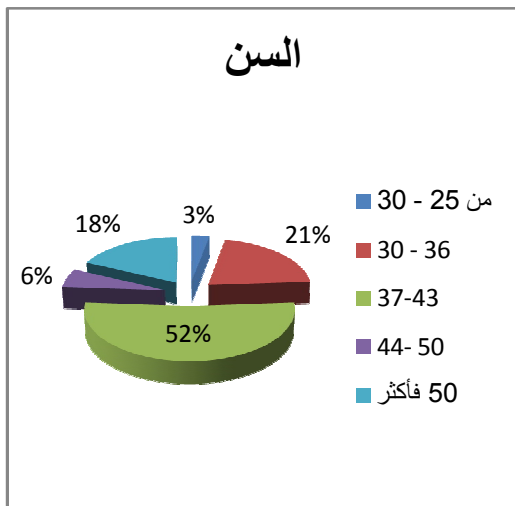
الجنس	التكرار	النسبة %
ذكر	69	69.0
انثى	31	31.0
المجموع	30	100.0

من خلال النتائج المسجلة في الجدول فإننا نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة ذكور وهو ما تؤكد نسبة 69%، في حين نسجل نسبة 31 % إناث فقط، هذا التباين في النسب والتوزيع لأفراد العينة يساعدنا في مناقشة وتحليل النتائج ، خاصة وأننا في مؤسسة صحية تحتوي على العديد من التخصصات والمصالح الطبية التي تستوجب توفر كلا من الجنسين لضمان توفير خدمات أكثر وأحسن، وتقديم الرعاية الطبية اللازمة للمرضى الوافدين على المستشفى.

أما من الناحية التنظيمية فإن المصالح الإدارية على مستوى مستشفى الزهراوي بمسيلة تسيرها كوادرات بشرية من الجنس الذكوري خاصة، وهذا مرتبط أساسا بخصوصية العمل الإداري على مستوى المصالح الاستشفائية، وما تتطلبه هذه الوظائف من مميزات وخصائص وقدرات تسييرية وتنظيمية. إن هذه النتائج تقدم لنا أرضية سوسيوولوجية تتناسب مع موضوع دراستنا والمتعلقة بالصراع بين السلطة الإدارية والسلطة الطبية، هذا الصراع الذي ينبني على العديد من الاتجاهات والمنطلقات، منها ما هو تنظيمي، ومنها ما هو اجتماعي، وذلك حسب مستوى الصراع من جهة، وحسب طبيعة الصراع من جهة أخرى، وحسب التوزيع المسجل لأفراد العينة حسب الجنس فإن هذا التوزيع سوف يساعدنا في التعرف على أوجه الاختلاف في مدى إدراك أفراد العينة لمناحي الصراع وكيفية التعامل معه، خلال مختلف مراحل ومستوياته.

جدول رقم 07: يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن

الشكل رقم 12



النسبة %	التكرار	
03 %	03	من 25 - 30
21 %	21	30 - 36
52 %	52	37-37
06 %	06	50 - 44
18 %	18	50 فأكثر
100.0	100	المجموع

الخاص بتوزيع أفراد العينة حسب متغير السن فإننا نلاحظ أن أفراد العينة توزعوا على مختلف الفئات، وينسب متفاوتة، حيث سجلنا أعلى نسبة 52 % خاصة بالفئة العمالية ذات السن المحصور بين 37-43 سنة، تليها فئة العمال الذين تتراوح أعمارهم بين 30-36 سنة، وذلك بنسبة 21 % ، وغير بعدي عن هذه النسبة جاءت فئة العمال الذين سنهم أكبر من 50 سنة بنسبة 18 % . أما فئة العمال الذين يتراوح سنهم بين 44-50 سنة فإن نسبتهم تقدر بـ 06 %، وبأقل نسبة مسجلة 03 % جاءت فئة العمال الذين سنهم يتراوح بين 25-30 سنة.

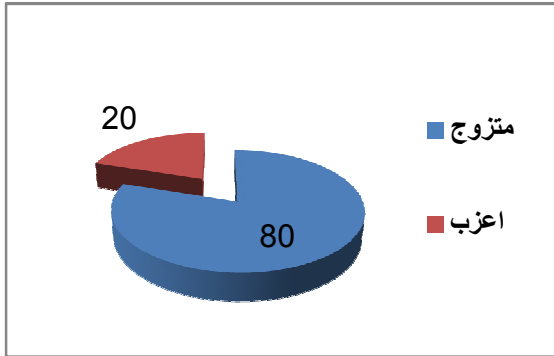
إن هذه النتائج تتماشى مع سياسة التوظيف المتبعة في الجزائر وخاصة في قطاع الصحة، مادام أن إطارات الصحة يكملون دراساتهم وهو على مشارف سن الثلاثين، نظرا لطول مدة الدراسة الجامعية، ناهيك عن دراسات التخصص، حتى أن الإطارات الإدارية تستلزم طول مدة التخرج والتوظيف.

لا يمكن تجاهل عامل أو متغير السن في دراسة الخصائص الديموغرافية والسوسولوجية للعينة، كما أن السن في مجال العمل يلعب دورا كبيرا في فعالية العامل وقدرته على أداء العمل وقدرته على أداء مختلف المهام، فهو يعبر عن الدينامكية في النشاط في ميدان العمل ولديه القدرة في اتخاذ القرارات داخل المؤسسة وتطويرها ولديه القدرة على استعمال الوسائل والمعدات المتطورة ومواكبة التطور العلمي. وبقراءة هذه النتائج نجد أن النسب المعروضة تتناسب مع خصائص أفراد العينة ومع متطلبات العمل الإداري الذي يحتاج إلى أفراد راشدين أقوياء يتحكمون في أنفسهم، ويميزون بين ما هو مرغوب وما هو مرفوض في العمل الإداري وفي التعامل مع المستجدات التنظيمية والعلاقات العمالية. وحسب التوزيع المسجل فإننا نلاحظ بأنه مؤشر إيجابي بالنسبة للمؤسسة الاستشفائية وذلك للاستفادة من كل طاقاتهم البشرية في تسيير المؤسسة وإدارتها مع توفير متطلبات التوزيع العادل بين العمال والمصالح، والأخذ بعين الاعتبار علاج المرضى بتقديم خدمات صحية جيدة، خاصة المسؤولين الأطباء .

جدول رقم: 08

يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية

الشكل رقم 13



النسبة %	التكرار	
80.0	80	متزوج
20.0	20	اعزب
100.0	100	المجموع

يتضح من خلال النتائج المسجلة في الجدول أن أغلبية أفراد العينة متزوجون، وذلك ما تؤكد نسبة 80%، في حين لم تتعدى نسبة العمال والموظفين العزاب (غير المتزوجين) سوى 20%، هذا التوزيع والتباين في خصائص العينة يتوافق مع مميزات فئة عمال قطاع الصحة، لا سيما أصحاب الهادات والتخصصات، والذي تخرجوا من المدارس العليا والمتخصصة، باعتبار أن أصحاب المناصب الإدارية بالمستشفى من خريجي المدرسة العليا للإدارة أو عبارة عن أطباء.

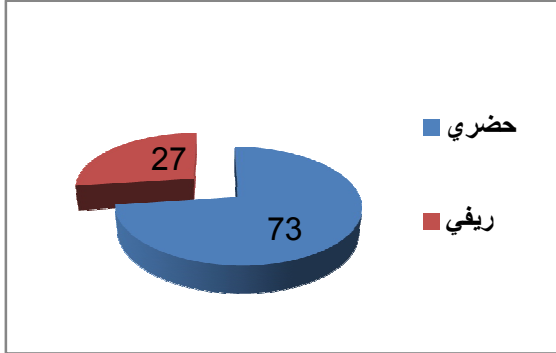
هذه النتائج تتوافق مع النتائج السابقة والمتعلقة بمتغير السن، وتكملها في مختلف الفئات، لأن أكبر نسبة من الموظفين فاق سنهم 35 سنة، وهي مرحلة يكون العامل أو الموظف قد اكتمل من جميع الجوانب المادية والنفسية والاجتماعية ويصبح قادرا على الزواج وتكوين أسرة.

جدول رقم: 09

يوضح توزيع أفراد العينة حسب الموقع

الموقع	التكرار	النسبة%
حضري	73	73.0
ريفي	27	27.0
المجموع	100	100.0

الشكل رقم 14



من خلال النتائج المبينة في الجدول فإننا نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة ينتمون إلى الفئة الحضرية، وذلك بنسبة 73% ، في حين لم نسجل إلا 27% من فئة عمال الريف، وهو ما يدل على توافر الفرص لكلي الفئتين، في شغل المناصب القيادية والإدارية في مستشفى الزهراوي، رغم تفوق نسبة أبناء الحضر. بالتالي نتوصل إلى أن أغلبية مبحثين أفراد العينة هم من أصول حضرية هذه الظاهرة كان قد أشار إليها الدكتور سعيد شيخي سابقا في إحدى دراساته عندما اعتبر العنصر الحضري يتغلب (داخل المؤسسة الناعية) على حساب العنصر لفلاحي أو الريفي.

وعليه فإن تحديد الأصول الاجتماعية للمبحوث له دور كبير في التأثير على سلوكيات العمال وتصرفاتهم داخل بيئة العمل فسلوك العامل الريفي يختلف عن سلوك العامل الحضري، هذا العامل أيضا يحدث اختلاف في التفكير وطريقة التعامل هذا كلها عوامل مكونة لشخصية صاحب السلطة التي تجعله يختلف في الأفكار والثقافة والقيم المكتسبة خاصة من ناحية اتخاذ القرار وتوزيعها وطريقة التعامل مع المرضى والعمال والتي لا يجب أن تؤثر سلبا على منصب المسؤولية الذي يشغلونه لكي لا يكون هناك صراع داخلي سيء إلى سمعة المؤسسة.

4-منهج الدراسة:

إن الدقة المفروضة في البحث العلمي تحتم على الباحث أن يقدم وصفا دقيقا للإجراءات في دراسته للظاهرة، ويعتبر المنهج العمود الفقري في تصميم البحوث، لأنه الخطة التي تحتوي على خطوات تحديد المفاهيم وشرح المعاني الإجرائية، وإطار الدراسة ووسيلة جمع البيانات، وتحديد مجتمع البحث وتوضيح مجالات الدراسات... الخ.

وواقع أن اختيار المنهج الملائم يعتمد اعتمادا أساسيا على طبيعة الظاهرة المدروسة والموضوع المراد بحثه، ويركز المهتمون بمنهج البحث على أن الباحث ليس حرا في اختياره للمنهج وإنما طبيعة الظاهرة

موضوع الدراسة وخصائصها المميزة، وطبيعة العلاقة التي تربط متغيراتها، والأهداف التي يصبو اليها الباحث إلى تحقيقها، كل هذه الأمور تعمل مجتمعة لتفرض على الباحث المنهج الملائم للدراسة. وتماشياً مع طبيعة وأهداف الدراسة الراهنة ومن أجل الإحاطة بأدبيات ظاهرة الصراع التنظيمي بمؤسسة مستشفى الزهراوي، كان لزاماً على الباحث استخدام المنهج الوصفي في دراسة الموضوع. إن استعمال منهج معين في أي بحث يتطلب من الباحث الاستعانة بأدوات ووسائل مساعدة ومناسبة تمكنه من الوصول إلى المعلومات اللازمة والتي يستطيع بواسطتها معرفة واقع وميدان الدراسة، وذلك لارتباط النتائج التي تتوصل إليها البحوث العلمية ارتباطاً وثيقاً بالمنهج المستخدم والأدوات المعتمدة في جمع البيانات، ومادامت مصادر البيانات متعددة فقد يلجأ الباحث إلى استخدام أدوات تسمح له بالحصول على البيانات اللازمة من مختلف المصادر، وذلك حسب كل ما تقتضيه كل دراسة.

5- أدوات جمع البيانات:

وفي الدراسة الراهنة استخدم الباحث الأدوات المنهجية التالية:

5-1 الملاحظة:

وتعتبر من الأدوات المنهجية الهامة في جمع البيانات، وقد استخدم الباحث المباشرة في تعامله مع العاملين في المؤسسة الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة.

وذلك بمختلف مستوياتهم التنظيمية ورتبهم المهنية، وتخصصاتهم وطبيعة أعمالهم، مستفراً عن ظروف عملهم من حيث العلاقات الاجتماعية القائمة، والمتعلقة خاصة بمدى مشاركتهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالعمل، وطرائق الاتصال بين مختلف المستويات التنظيمية ومختلف الجماعات الفاعلة في مجال العمل بالمؤسسة، ومن حيث توفر الوسائل اللازمة لأداء مهامهم، والكفاءات المتوفرة لهذه المؤسسة الصحية، وهذا من أجل الحصول على البيانات والمعلومات التي تخدم موضوع الدراسة الراهنة. هكذا اعتمد الباحث على الملاحظة لجمع البيانات والحقائق عن الميدان الاجتماعي والعلاقات القائمة في المؤسسة الاستشفائية وقد اتصفت هذه العملية بنوع من المرونة والسهولة.

5-2 المقابلة:

بالإضافة إلى الملاحظة استعمل الباحث المقابلة الحرة في جمع بعض البيانات الضرورية التي تخدم موضوع الدراسة الراهنة وقد استخدمت المقابلة في المجالات التالية:

- مقابلة مع بعض الإداريين بغرض الحصول على بعض البيانات المتعلقة بالإمكانات المادية والبشرية، الهيكل التنظيمي، توزيع العمال والمشرفين والمدراء على مختلف المستويات التنظيمية للمؤسسة، وتوضيح ما هو غائب عن الباحث فيما يخص كيفية تنظيم العمل وتقسيم الأدوار، وأساليب التسيير المعتمدة.
- مقابلة ومع الأطباء رؤساء المصالح الاستشفائية وتوضيح الأهداف المرجوة من الدراسة الراهنة والغرض منها.

5-3 الاستمارة:

تعد الاستمارة من أكثر الأدوات المستخدمة في جميع البيانات خاصة في العلوم الاجتماعية، فهي عبارة عن محاور تحتوي على مجموعة من الأسئلة التي يتم إعدادها إعداداً محكماً ودقيقاً انطلاقاً من الأسئلة التي أثارها مشكلة البحث وأهداف الدراسة من جهة، والفرضيات ومؤشراتها من جهة ثانية، وبما أن الاستمارة تعد المرحلة الأكثر تجزئة للبحث فهي تحتاج إلى الصياغة المحكّمة والواضحة لأسئلتها حتى تتمكن من اختبار الفرضيات التي انطلقت منها الدراسة.

وقبل أن تصبح استمارة الدراسة الراهنة في صيغتها النهائية مرت بعدة مراحل أهمها:

- صياغة استمارة أولية بعد أن أبدى الأستاذ المشرف حولها عدة ملاحظات وتوجيهات شملت الشكل والمضمون، تم عرضها على مجموعة من الأساتذة المحكمين في جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، بهدف إفادتنا ببعض الملاحظات حول مدى صدقها وكفاءتها في قياس متغيرات الدراسة.
- وبعد إدخال التعديلات اللازمة كان التوجه إلى ميدان الدراسة وتطبيق الاستمارة على مفردات من مجتمع البحث، من أجل تجربتها والوقوف على مدى فهم المفردات المبحوثة لأسئلتها والكشف عن جوانب النقص فيها وإضافة ما يجب إضافته من الأسئلة وحذف ما يمكن حذفه منها.

6-أساليب تحليل البيانات

بعد عملية جمع البيانات والمعطيات بالوسائل والأدوات المذكورة سالفاً، ومن أجل تحويلها إلى قضايا لها مدلولاتها المعرفية والعلمية والسوسيولوجية، عمدت الدراسة الراهنة في عملية عرض وتحليل البيانات والنتائج المتحصل عليها إلى استعمال أساليب كمية وأساليب كيفية، وذلك بعرض البيانات في جداول بسيطة وأخرى مركبة لوصف العلاقة بين أكثر من متغير، مع استعمال النسب المئوية في الكشف عن متغيرات الدراسة، أما الأسلوب الكيفي فقد تمثل في تحويل الأرقام والنسب من معلومات جافة إلى مدلولات كيفية علمية، وتحليل النتائج وتفسيرها اعتماداً على الجانب النظري للدراسة.

7- عرض النتائج ومناقشة الفرضيات :

الفرضية الأولى: تتسارع كل من السلطة الإدارية والسلطة الطبية لاتخاذ القرارات من اجل الحصول على امتيازات يولد صراعا الذي يؤثر على نوعية الخدمات الصحية.

1- طريقة التوظيف:

طريقة التوظيف	التكرار	النسبة %
قرار وزاري	58	58.0
قرار إدارة المستشفى	42	42.0
المجموع	100	100.0

الجدول رقم (10): طريقة التوظيف

يتضح لنا من خلال الجدول الخاص بطريقة التوظيف أن نسبة 58 % تمثل المسؤولين تم توظيفهم عن طريق الوزارة، حيث نجد نسبة 42 % تمثل الباحثين الذين تم توظيفهم من طرف إدارة المستشفى. إن هذه النتائج تبين لنا حقيقة عملية التوظيف في المصالح الاستشفائية والمستشفيات الوطنية، وتتناسب كذلك مع النتائج المسجلة في المحور السابق، حيث أن توظيف الإدارات العليا يتم عن طريق توجيه وزاري تبعا للقوانين الحديثة في عملية التوظيف، أما باقي الموظفين فيتم توظيفهم عن طريق تحديد الاحتياجات العمالية على مستوى إدارة الموارد البشرية بما يخدم مختلف المصالح والأقسام من أطباء وممرضين وأخصائيين نفسانيين.

إن مختلف العمليات التنظيمية السائدة على مستوى المصالح الاستشفائية تتطلب توفر ووجود طاقات وموارد بشرية ذات كفاءة مهنية وقدرات نفسية وتنظيمية على قدر من الأهمية والمستوى المطلوب، فالتسيير الإداري يتطلب توظيف أصحاب الخبرة في العمل لإداري والمتخرجين من المدارس العليا للإدارة، وذلك يتطلب توظيف مركزي، في حين المهتم والوظائف الاستشفائية تتطلب مختصين أصحاب شهادات جامعية يتم انتقائهم وفق عملية إدارية مضبوطة وذات قواعد وشروط يتحكم فيها قانون التوظيف العمومي.

بهذا نستنتج أن معظم رؤساء المصالح من أطباء وإداريين تم توظيفهم عن طريق الوزارة لأن معظم خريجي المدرسة الوطنية للإدارة والمدرسة الوطنية للصحة العمومية.

2-أسباب تولي المنصب:

النسبة %	التكرار	الأسباب
57.0	57	نقص الموظفين المؤهلين
10.0	10	الرغبة في المسؤولية
2.0	2	زيادة العلاقات المهنية
31.0	31	تحسين ظروف المستشفى
100.0	100	المجموع

الجدول رقم (11): يوضح أسباب تولي المنصب

نلاحظ من خلال الجدول الخاص بأسباب تولي منصب المسؤولية أن أكبر نسبة متمثلة في 75% من المبحوثين كان سبب توليهم منصب المسؤولية وتحسين ظروف المستشفى أما بنسبة 31% من المبحوثين داخل المستشفى فكانت لنقص الموظفين المؤهلين وكفاءة عالية أما نسبة 10% تمثل المسؤولين قصد الرغبة في المسؤولية و2% تمثل المسؤولين الذين لديهم رغبة في زيادة العلاقات المهنية .

من خلال المعطيات التي استخلصناه من الجدول أن معظم المبحوثين كانت لديهم رغبة في تحسين ظروف المستشفى وأوضاعها العلاجية من السير الحسن علاج أفضل توفير وسائل العلاج الجيدة توفير أخصائيين... الخ، فعدم مرافقة طلبات رؤساء الأقسام الضرورية قد تؤدي إلى مشاكل ويكون سببا في وجود صراع بين الطرفين وهذا ما يبينه ابن خلدون باعتباره أصل الصراع هو السلطة والملك والمدير باعتباره المشؤول الأول الذي لديه المركز الفعلي والهام في توفير كل المستلزمات العلاجية والوسيط بين الوزارة والطرف الآخر من أجل توفير ميزانية تساعد على توفير كل ما يحتاجه الطبيب والإداري داخل المستشفى، فعدم وجود تعاون وحوار ونقاش حول معدات الطبية فهذا يشكل عائقا وحدثا وصراعا بين الطرفين .

3-الصعوبات داخل المؤسسة:

النسبة %		التكرار		الصعوبات
26.0	90	26	90	لعدم وجود إمكانية العلاج وصيانة المعدات
36.0		36		لنقص موظفين مؤهلين
38.0		38		نقص الإطارات
10.0		10		لا
100		100		المجموع

الجدول رقم (12): يوضح الصعوبات الموجودة داخل المؤسسة

من خلال النتائج المبينة في الجدول فإننا نسجل أن أغلبية أفراد العينة يرون بأن هناك صعوبات بداخل المؤسسة الاستشفائية وذلك بنسبة 90 %، وذلك راجع لمجموعة من الأسباب المختلفة حسب آراء أفراد العينة.

فمن خلال المعطيات الموجودة في الجدول الخاص بالصعوبات داخل المؤسسة نلاحظ أن المشكل والعائق الكبير هو نقص الإطارات داخل المؤسسة وذلك بنسبة 38.0 % إضافة إلى نقص موظفين مؤهلين وذوو كفاءة وذلك بنسبة 36% ويأتي بعد ذلك عدم وجود صيانة للمعدات وذلك بنسبة 26% .

وبالتالي نستنتج ونتوصل إلى أهم أسباب التي تثير صراع داخل المؤسسة بين العمال الإداريين والأطباء داخل المؤسسة وهي نقص الإطارات في جميع التخصصات بما تعلق أيضا الأطباء الأخصائيين مع عدم وجود صيانة وبما يزيد من حدة التوتر وهذا يؤدي إلى تعطل العمل داخل المؤسسة بسبب ظروف العمل المتدهورة والمربوطة أيضا ببعاد لغة الناس والحوار حول اتخاذ التي تسعى من خلالها إلى توفير إمكانيات ووسائل للعلاج قصد تحسين الوضع الاستشفائي :

إن هذه الصعوبات على اختلاف أنواعها تخلق لدى أفراد العينة حالة نفسية واجتماعية غير مستقرة وتولد صراع داخلي لدى العمال أنفسهم نتيجة عدم توفر جو مناسب للعمل، وصراع بين العمال والموظفين أنفسهم نتيجة الصعوبات والعراقيل وما تخلفه من آثار، وكذلك بين العمال والإدارة من ناحية أخرى، وذلك نتيجة الشعور بالمسؤولية الوظيفية وصعوبة تطبيقها والقيام بمختلف المهام المنوطة بهم.

4-التسيير داخل المؤسسة:

النسبة %		التكرار		التسيير المحكم
25.0	76.0	25	76	عدم وجود تنسيق بين الوظائف
6.0		6		غموض القوانين والقرارات
29.0		29		سوء التوزيع للمناصب
16.0		16		غياب التواصل والنقاش بين الإدارة والطواقم الطبي
//		//		//
24.0		24		نعم
100.0		100		المجموع

الجدول رقم (13): يوضح التسيير داخل المؤسسة

من خلال النتائج المسجلة في الجدول فإننا نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة يرون بان التسيير غير محكم وهو ما تؤكدته نسبة 76 % من أفراد العينة، هؤلاء الذين لم يعجبهم التسيير داخل المؤسسة يرجعون ذلك إلى سوء توزيع المناصب بالدرجة الأولى بنسبة 29 % ثم بعدها نسبة 25 % ترى عدم وجود تنسيق بين الوظائف، و 16 % لغياب التواصل والنقاش بين الإدارة والطاقم الطبي، واخيرا وبنسبة ضعيفة غموض القوانين والقرارات، في حين ليس هناك من يرى عدم كفاية الوقت لتنفيذ المهام.

ومن خلال هذه النتائج فإننا نسجل اختلاف في أوجه النظر حول طبيعة التسيير والدواعي التي جعلت كل من الأطباء والإداريين يرونه بأنه غير منظم وغير محكم، وهذا من شأنه أن يؤثر على الوضع العام بالمؤسسة وعلى العلاقة التي تربط الأطباء بالإدارة، ويؤدي ذلك إلى نشوب خلافات ونزاعات عمالية وتنظيمية.

5- تقييم عملية صنع القرارات

النسبة %	التكرار	التقييم
64.0	64	عادية
36.0	36	قرارات فردية
//	//	هامية
//	//	غير ملمة
100.0	100	المجموع

الجدول رقم (14): يوضح تقييم عملية صنع القرارات

تبين معطيات الجدول المتعلقة بقيمة عملية اتخاذ القرارات وحسب رأي المبحوثين بأن عملية اتخاذ القرارات عادية داخل المؤسسة ولا يوجد بها أشكال وذلك بنسبة 64% كما أن باقي المبحوثين كان رأيهم حول اتخاذ القرار جاء إنفرادي لا يتم بالتشاور ولا اتصال بين المسؤولين الإداريين والأطباء وهذا ما تؤكدته نسبة 36 % من أفراد العينة.

فالمسؤولين الإداريين يعتبرون أنفسهم هم الأجدر والأعلم بما يخص مستلزمات المستشفى لذا يتخذوا معظم القرارات ولذا اعتبر معظم المبحوثين أن القرارات انفرادية، هذا ما يحدث فساد على مستوى النظام الاستشفائي وحسب دهر ندروف فإن الفرد يسعى إلى القوة والتسلط مع المحافظة عليها من أجل تحقيق المصالح الشخصية، وهذا ما يسبب الصراع داخل المؤسسة ويعد أهم العوامل الصراع .

ومن خلال هذه النتائج فإن أفراد العينة قيموا عملية صنع القرار على أنها عملية عادية في أغلب الأحيان وليست لها أي أهمية بتاتا، وهذا يعكس عملية اتخاذ القرارات في المؤسسات الجزائرية، والتي تتميز بالمركزية وعدم التخطيط الاستراتيجي، فالكثير من المستويات لا علاقة لها بعملية اتخاذ القرار والإدارة وحدها

المسؤولة على ذلك، لذلك فإن أفراد العينة يرون بأنها عادية بالنسبة لهم وليس لها أي تأثير على العمليات التنظيمية والأخرى.

6-خدمة القرارات الإدارية:

النسبة %	التكرار	الطبقة التي تخدمها
36.0	36	المسؤولين الإداريين فقط
26.0	26	تخدم المسؤولين الطبيين فقط
38.0	38	معا
100.0	100	المجموع

الجدول رقم (15): يوضح خدمة القرارات الإدارية

من خلال النتائج المبينة في الجدول فإننا نسجل أن 38% من المبحوثين أجابوا بأن القرارات المتخذة تخدم كلا السلكتين ثم تأتي نسبة 36% أجابوا تخدم المسؤولين الإداريين فقط ونسبة 26% تخدم المسؤولين الطبيين فقط.

إن هذه النتائج تتوافق مع النتائج المتعلقة بنوع الوظيفة حيث سجلنا أغلبية أفراد العينة من الإداريين، والذين يرون بأن القرارات المتخذة تخدم كل من الأطباء والإداريين، على اعتبار أنهم ينتمون لنفس المؤسسة ولهم واجبات وحقوق وتسيرهم نفس القوانين واللوائح الإدارية، رغم أن نسبة معتبر منهم ترى أن القرارات تخدم المسؤولين الإداريين فقط، وهذا طبعا لاختلاف توجهاتهم وأهدافهم الشخصية، وكذا نوع وظيفتهم .

هذا التباين في وجهات النظر حول القرارات الإدارية راجع لكون عينة البحث تنظر إلى عملية اتخاذ القرارات كونها عملية إدارية لا تراعي كل الحاجيات العمالية أو التنظيمية، فكل موظف يبحث عن مصلحته الشخصية وكل مشرف تهمة المصالح التي يشرف عنها، وهو ما يؤدي إلى تضارب المصالح والحاجيات ويؤدي إلى صراعات فردية وجماعية من شأنها أن تخلق مشاكل داخلية سواء بين العمال والموظفين أنفسهم، أو بين العمال والإدارة من جهة أخرى.

المجموع	أطباء	إداريين	المشاركة في اتخاذ القرارات
26	01	25	يشارك
% 26	% 01	% 25	
74	32	43	لا يشارك
% 74	% 32	% 43	
100	32	68	المجموع

الجدول رقم (16): مشاركة الأطباء والإداريين في اتخاذ القرارات

إن هذا النتائج تبين وبوضوح أن أغلبية المشاركين في اتخاذ القرارات هم من فئة الإداريين وذلك بنسبة 25% في حين الأطباء مشاركتهم ضعيفة جدا ولم تتعدى نسبة 01% فقط، وتبقى أغلبية أفراد العينة من أطباء وإداريين لا يشاركون في اتخاذ القرارات.

ومن خلال هذه النتائج فإنه يمكن القول بأن عملية اتخاذ القرارات تتم على مستوى الإدارة العليا للمستشفى دون مشاركة باقي المستويات الإدارية والمصالح الاستشفائية وإن هناك مشاركة فهي ضئيلة ولا ترقى إلى المستوى المرجو لدى الموظفين والإطارات في المستشفى.

ومن هذا المنطلق فإنه قد تكون هناك هوة بين متخذ القرارات وباقي العمال والموظفين والأطباء نظرا لعدم استشارتهم من جهة، ولعدم معرفتهم بما تخطط له الإدارة من جهة أخرى، وتبقى المصالح الاستشفائية بعيدة عن المشاركة في صياغة الأهداف وتنفيذها.

7- أثر فعالية القرارات المتخذة من كلا الطرفين على التنظيم وعدم فعالية القرارات غير المرضية .

النسبة %		التكرار		نوع القرارات المتخذة	
22.0	26.0	22	26	تحسين الحالة الاجتماعية للهيئتين	
4.0		4		تحسين أفضل الخدمات الصحية	
8.0	66.0	8	66	عدم تطبيق فعلي للقرارات	
51.0		51		سطحيتها	
7.0		7		التهاون في تنفيذها	
8.0		8		غير كافية	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (17): أثر فعالية القرارات المتخذة من كلا الطرفين على التنظيم وعدم فعالية القرارات غير المرضية

من خلال النتائج المبينة في الجدول فإننا نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة يرون بأن القرارات المتخذة غير فعالة، وهو ما تؤكدته نسبة 66% من أفراد العينة، وهذا يرجع إلى أن العملية حسب رأي أفراد العينة سطحية وذلك بنسبة 51% في حين 08% منهم ارجعوا ذلك إلى عدم تطبيق فعلي لهذه القرارات، و 07% أرجعت ذلك إلى التهاون في تنفيذها.

في المقابل فإننا سجلنا نسبة 26% من أفراد العينة يرون بأن عملية اتخاذ القرارات فعالة، ومن خلال النتائج فإن هذه الفعالية لها نتائج على العمال والموظفين وعلا الخدمات الصحية ن حيث 22% منهم يرون بأنها تحسن في الحالة الاجتماعية لكلا الطرفين، في حين نسبة 04% ترى بأنها تحسن في الخدمات الاجتماعية للعمال و الموظفين.

وبالنظر إلى هذه النتائج فإن عدم فعالية القرارات المتخذة وعدم كفايتها توجي بعدم رضا العمال عنها وعدم تقبلها، في أغلب الأحيان رغم فعاليتها بالنسبة لبعض العمال والإداريين، إن هذا التضارب في الآراء المتعلقة بمدى فعالية القرارات المتخذة من شأنه أن يحدث نزاعات فردية وجماعية بين العمال والإدارة.

8-درجة الرضا عن القرارات وردود الفعل

النسبة %		التكرار		الرضا	
8.0	73.0	8	73	النقابة	غير راض
28.0		28		المناقشة	
18.0		18		الإضراب	
19.0		19		الخضوع	
27.0		27		راضي إلى حد ما	
00		00		راض	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (18): درجة الرضا عن القرارات وردود الفعل

من خلال النتائج المبينة في الجدول فإننا نسجل أن أغلبية أفراد العينة غير راضين عن القرارات المتخذة وذلك بنسبة 73 % وهي تؤكد كذلك النتائج التي توصلنا إليها من خلال الجدول السابق. وعن ردة فعل أفراد العينة حول ذلك فإنهم يلجأون إلى المناقشة فيما بينهم وتبادل الآراء وذلك بنسبة 28 %، أما نسبة 18% منهم فيلجئون إلى الإضراب ، وتبقى نسبة 19 % منهم فإنهم لا يفعلون ويخضعون للواقع .

بالمقابل هناك من الأطباء والإداريين من هو راضي نوعا ما عن القرارات المتخذة وذلك بنسبة 27 % فقط. ومن خلال هذه النتائج فإن عدم الرضا عن القرارات المتخذة هي الحالة الأكثر انتشارا والأكثر تعبيراً من طرف أفراد العينة، وهي ناتجة عن الوضع العام المنتشر في المستشفى وعن تحديد الأهداف والتخطيط الإداري وكذا المشاركة الكلية لرؤساء المصالح والهيئات الاستشفائية، على اعتبار أن تحديد الحاجيات المتعلقة بالمصالح يخص رؤساء المصالح والمتخصصين والأطباء، والإدارة وحدها لا تكفي للتكفل بما يحتاجه المستشفى لضمان تقديم خدمات صحية جيدة، والتكفل بمختلف الحالات والوافدين على المستشفى من مختلف أنحاء الولاية والمناطق المجاورة.

حسب ميشال كروزي فإن سبب التنافر والخلاف هو البحث عن المكانة والمركز السلطوي والشهرة الميدانية باعتبارها استراتيجية تحقق الأهداف الشخصية، وهذا ما يسعون إليه داخل المستشفى، كما تبين كذلك دراسة قاسمي حول الصراع وفعالية التسيير الإداري لدى الجماعات المحلية بأنه لما ابتعدت الإدارة على الاستماع للموظفين أو إشراكهم في اتخاذ القرارات والاستفادة منها يؤدي حتما إلى إثارة الصراع .

9-الميزانية المقدمة من طرف الوزارة وعدم رضا عن الميزانية المقدمة

النسبة %		التكرار		الميزانية	
41	96.0	41	96	لا تلبى جميع الخدمات الصحية	غير راضي
26.0		26		لا تلبى حاجيات العاملين في المستشفى	
29.0		29		الميزانية غير مدروسة	
4.0		4			راض
100.0		100			المجموع

الجدول رقم (19): يبين الميزانية المقدمة من طرف الوزارة وعدم رضا عن الميزانية المقدمة

نلاحظ من خلال الجداول أن أغلبية المبحوثين غير راضين عن الميزانية المقدمة من طرف الوزارة بنسبة 96.0% ، أما الراضين عن الميزانية فهي نسبة ضئيلة جدا تقدر بـ 4.0% .

وللتعرف عن أسباب عدم الرضا فقد سجلنا نسبة 41.0% لا تلبى جميع الخدمات الصحية ونسبة 29.0% تمثل رأي المبحوثين عن الميزانية غير المدروسة من قبل الوزارة، ونجد نسبة 26.0% من المبحوثين التي ترى أنها لا تلبى حاجيات العاملين في المستشفى.

إذن نتوصل إلى أن الميزانية المقدمة من طرف الوزارة لا ترضي جميع الأطباء والإداريين فهي لا تستطيع توفير جميع متطلبات العمال من حوافز مادية أو إمتيازات تشجيعية ولا تساعد على توفير العلاج الكامل للمريض داخل المستشفى، كما أنهم لا يستطيعون إرسال بعثات من الأطباء لجراء دورات تدريبية وتكوينية بدول أجنبية .

وبالتالي فالميزانية المقدمة للمستشفى لا تأخذ بعين الاعتبار جميع متطلبات المستشفى وحاجيات أفراد من أطباء ومختصين وإداريين ولا تكفي حتى لتلبية المتطلبات العلاجية الأساسية، خاصة مع تزايد الحالات المرضية الاستعجالية والحالات الطارئة وكذا المتوافدين على المستشفى من مختلف المدن والولايات المجاورة.

10-تقييم التشاور بين الإدارة والأطباء .

المجموع	إداريين	أطباء	الوظيفة التشاور
60	45	15	تشاور
% 60	% 45	% 15	
40	23	17	عدم التشاور
% 40	% 23	% 17	
% 100	68	32	المجموع

الجدول رقم (20) : يبين تقييم التشاور بين الإدارة والأطباء

من خلال معطيات الجدول نرى أن معظم المبحوثين يؤكدون أن هناك تشاور بين الإدارة والأطباء بنسبة 60.0%، ونسبة 40.0% يرون أنه لا يوجد تشاور بين الإداريين والأطباء حول تقييم الميزانية فحسب الاستطلاع نجد أن الإداريين يرون أن التشاور فعال بنسبة 45%، أما الأطباء فنسبة 15% يرون بأنه هناك تشاور، ونسبة 17% يرون بأن ليس هناك تشاور، وهو ما من شأنه أن يؤدي إلى خلاف بينهم.

بالمقابل فإن نسبة 23% من الإداريين يرون بأنه ليس هناك تشاور، هذا التباين والتضارب في وجهات النظر، بين الإداريين والأطباء حول تقييم التشاور بين الإدارة والأطباء، ناتج عن تباين خصائصهم الشخصية وكذا مهامهم الوظيفية واختلاف حجم مسؤولياتهم، فالمنصب المشغول والمسؤولية المفروض على العامل تجعله يتبنى آراء واتجاهات خاصة به اتجاه العمليات التنظيمية والإدارية.

إن مبدأ التشاور في التسيير وفي اتخاذ القرارات من مبادئ التسيير الفعال والناجح، وهو ما أكدته العديد من النظريات والأفكار التنظيمية، انطلاقاً من أعمال هنري فايول وغيره من رواد الفكر التنظيمي، والعمل الإداري.

11-الصعوبات الموجودة أثناء اتخاذ قرارات في تقسيم الميزانية

النسبة %		التكرار		الصعوبات	
45.0	88.0	45	88	عدم تلبية جميع حاجيات المصالح	نعم
43.0		43		عدم إرضاء جميع العاملين	
12.0		12		لا	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (21): يبين الصعوبات الموجودة أثناء اتخاذ قرارات في تقسيم الميزانية

تشير معطيات الجدول إلى أن أغلبية المبحوثين تجد صعوبات أثناء اتخاذ قرارات تقسيم الميزانية وهو ما تؤكده نسبة 88.0% ، في حين نسبة 12.0% لا يجدون صعوبات أثناء اتخاذ قرارات تقسيم الميزانية. ولمعرفة الأسباب التي جعلت أفراد العينة يقرون هناك صعوبات فإن 45% منهم يرجعون ذلك إلى عدم تلبية جميع حاجيات المصالح، و 43% منهم يرجعون ذلك إلى عدم إرضاء جميع العمال. وحسب هذه النتائج فإن أغلبية الأطباء والإداريين يجدون عراقيل أثناء تقسيم الميزانية بسبب عدم كفاية الميزانية في تلبية جميع مستلزمات العلاج ، فالميزانية ترجع حسب العمال إلى الأجور والمواد الاستهلاكية فقط، لأن الميزانية غير مدروسة حسب مختلف المستلزمات والحاجيات، وهذا ما قد يثير صراعا بين العمال والإدارة.

أما بالنسبة لتباين الصعوبات نجد أن المبحوثين يقرون أن هناك صعوبات أثناء تقسيم الميزانية، وهذا راجع إلى عدم تلبية جميع حاجيات المصالح بالمستشفى بنسبة 45.0% أما بنسبة 43.0% والتي تمثل عدم إرضاء جميع العمال بالمستشفى ،لأن تقسيم الميزانية يكون حسب متطلبات المصالح بهذا فعدم تلبية جميع حاجيات المصالح يسبب صراعا لأنهم لا يستطيعون العمل في جو ينقصه جميع لوازم أداء الوظيفة المهنية، وحسب نظرية لويس كوزر فإن الصراع الداخلي هو البحث عن المصالح الأساسية للجماعة، وعدم تحققه يصبح صراعا مهدد للبناء الاجتماعي إذا تم التحكم به أصبح وظيفيا يحقق التكامل الاجتماعي .

12- وقوع الخلاف بين الإدارة والأطباء حول قرار الميزانية ورد الفعل

النسبة %		التكرار		رد الفعل	
23.0	100.0	23	90	بتدخل النقابة	نعم
47.0		47		الحوار والنقاش البناء	
20.0		20		بتدخل أطرافاً أخرى	
10		10		لا	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (22): يبين وقوع الخلاف بين الإدارة والأطباء حول قرار الميزانية ورد الفعل

يتبين لنا من خلال الجدول الخاص بوقوع خلاف بين السلكين بنسبة 90.0% من أفراد العينة وأن 10.0% يرون أن قرار تقسيم الميزانية لا يحدث خلافاً وأن رد الفعل يكون بالحوار والنقاش بنسبة 47.0% أما نسبة 33.0% فيلجئون إلى النقابة لتوفير حاجياتهم أما نسبة المتبقية من المبحوثين وهذا بنسبة 20.0% يرى أنه يجب تدخل أطراف أخرى.

ولمعرفة نظرة كل من الأطباء والإداريين نحو وقوع الخلافات فإن الجدول التالي يبين ذلك بوضوح:

المجموع	إداريين	أطباء	الوظيفة
			التشاور
90	60	30	وقوع
% 90	% 60	% 30	
10	08	2	عدم وقوع خلاف
% 10	% 8	% 02	
% 100	68	32	المجموع

الجدول رقم (23): يبين نظرة كل من الأطباء والإداريين نحو وقوع الخلافات

ومن خلال هذه النتائج فإن أكبر نسبة من الذين يرون بأن هناك خلافات بين السلكين، هم الإداريين بنسبة 60%، أما الأطباء فيرون ذلك بنسبة 30%، وتبقى نسب ضعيفة موزعة بين الأطباء والإداريين الذي يرون بأنه لا تحدث خلافات بينهم.

ومن خلال هذه المعطيات نرى أنه رغم التشاور بين الطرفين فإنها تبقى سطحية لأنها في أرض الواقع ليس لها مصداقية، والميزانية المقدمة وزارياً لا تكفي جميع المتطلبات الإدارية ولا الطبية، وهذا في حد ذاته يثير خلاف، وأن معظم أفراد العينة من أطباء وإداريين يرون الحوار والنقاش البناء ممكن أن يساهم في تقديم

بعض الحلول، مع إقناع كل الأطراف وبيعتهم عن المشاكل والخلافات التي تضر بصحة المريض كمان تدخل النقابة كوسيط بينهم لحل المشاكل ممكن أن يغير في بعض قرارات تقسيم الميزانية ويكون هناك تقسيم عادل وفعال بين المصالح .

13- وسائل العمل داخل المؤسسة وتأثيرها على رضا العمال

النسبة %		التكرار		الرضا	
31.0	96.0	31	96	لأنها معدات قديمة	غير راض
22.0		22		بسيطة	
43.0		43		وسائل معطلة دائما	
4.0		4		أحيانا	
//		//		راض	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (24): يبين وسائل العمل داخل المؤسسة وتأثيرها على رضا العمال

يتضح لنا من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين غير راضين عن الوسائل المستخدمة وذلك بنسبة 96.0% لأن المعدات المعمول بها دائما معطلة، وهذا ما أده أفراد العينة بنسبة 43.0% ، ومنهم من يرى بأنها قديمة بنسبة 31.0%، وباقي الأفراد بنسبة 22.0% يرون بأنها بسيطة.

من هنا نلاحظ أن الأطباء والإداريين يرون بان الوسائل المعمول بها بالمستشفى وسائل معطلة وقديمة وسطحية وهذا بسبب عدم وجود صيانة دائمة ومستمرة لتلك الوسائل، وعدم وجود تكوين للعمال على كيفية استعمال الآلات والأجهزة الحديثة، هذا يؤدي إلى حالة من عدم الرضا وعدم الارتياح لدى الأطباء والمختصين، وكذلك المرضى والوافدين على المستشفى، فالعمال يعتبرون أن المعدات معطلة وسطحية وقديمة لا تساهم بصفة فعالة في تقديم العلاج والسير الحسن داخل المستشفى فهم غير راضين تماما عنها .

14- الأسباب التي تثير الصراع حول كفاية التجهيزات ووسائل العمل داخل المؤسسة الاستشفائية .

المجموع	إداريين	أطباء	الأسباب
53	33	20	عدم كفاية الميزانية
% 53	33 %	20%	
39	33	06	انعدام الصيانة الدورية للأدوات الصحية
% 39	33%	06%	
08	02	06	التوزيع غير العادل للموارد الصحية
% 08	02%	06%	
100	68	32	المجموع

الجدول رقم (25): يبين الأسباب التي تثير الصراع

من خلال النتائج المبينة في الجدول فإننا نلاحظ أن أسباب الصراع حسب كفاية التجهيزات ووسائل العمل داخل المؤسسة الاستشفائية ترجع بالدرجة الأولى إلى عدم كفاية الميزانية وذلك بنسبة 53.0% ، تليها انعدام الصيانة الدورية للأدوات الصحية بنسبة 39 %، وأخيرا نسبة 8.0% من المبحوثين الذين صرحوا بالتوزيع غير العادل للمواد الصحية .

ومن خلال هذه النتائج نتوصل إلى أن قلة الميزانية المخصصة من طرف الوزارة هو العائق الكبير والسبب لمشاكل وصراعات ما بين الطرفين أيضا عدم وجود صيانة دائمة للمعدات العلاجية، هذا أما سبب تعطلها ويرجع ذلك إلى عدم توظيف إطارات مخصصة في الصيانة ويعود السبب إلى عدم وجود تسيير داخلي محكم من طرف المسؤولين .

هذه النتائج تتوافق مع النتائج السابقة من حيث توزيع الميزانية وعدم رضا الأطباء عنها، وكذا اتخاذ القرارات غير العادلة وغير المدروسة، مما أدى ذلك إلى عدم الاهتمام بالوسائل والمعدات الاستشفائية.

15- طريقة توزيع الوسائل العلاجية :

النسبة %	التكرار	التوزيع
32.0	32	الأولويات
48.0	48	احتياجات كل مصلحة
8.0	8	بالتساوي بين المصالح
12.0	12	المحسوبة
100.0	100	المجموع

الجدول رقم (26): يبين طريقة توزيع الوسائل العلاجية

يتضح لنا من خلال معطيات الجدول الخاص بتوزيع الوسائل العلاجية للمستشفى بأن توزيعها حسب أغلبية أفراد العينة كان تبعاً لاحتياجات كل مصلحة بنسبة 48.0% ، كما تمثل نسبة الذين يرون أنها توزع حسب الأولويات بنسبة 32% ، أما نسبة 12.0% يرون أن التوزيع يكون بالمحسوبة ، ونسبة ضعيفة ترى بأنها توزع بالتساوي بين المصالح.

وإذا عدنا إلى الواقع فإننا نلاحظ حقيقة أن هناك تمييز بين المصالح من حيث توزيع الأجهزة والوسائل وكذا الأطباء والمختصين، فالكثير من المصالح تعاني من نقص المواد الصيدلانية والطبية، والأجهزة المختصة بمختلف الأمراض حسب نوع المرض وشدته ومدى انتشاره بين أفراد المجتمع كأجهزة السكانار وتصفية الدم وغيرها من الوسائل التي بإمكانها أن تساهم في التقليل من الأعباء والمعدات اليومية للمرضى. ومن خلال هذا وحسب النتائج السابقة، نرى أن توزيع الوسائل العلاجية في مستشفى الزهراوي يكون حسب احتياجات كل مصلحة، أي حسب عدد المقبلين على العلاج ونوع المرض المنتشر .

16-الحصول على خدمات داخل المستشفى :

المجموع	إداريين	أطباء	الوظيفة التشاور
22	18	04	الحصول
% 22	% 18	%4	
78	50	28	عدم الحصول
% 78	% 50	% 28	
% 100	68	32	المجموع

الجدول رقم (27): يبين الحصول على خدمات داخل المستشفى

تدل معطيات الجدول أن معظم أفراد العينة لايتحصلوا على خدمات شخصية من قبل المستشفى المتواجدون بها، بنسبة 78.0% أما نسبة 22.0% صرحوا بحصولهم على خدمات شخصية.

ونلاحظ كذلك أن نصف أفراد العينة من الإداريين نفوا حصولهم على خدمات، و 28 % منهم أطباء، أما الذين يرون بأنهم حصلوا على خدمات فنسبة 18 % منهم من الإداريين، و 04% فقط من الأطباء.

وبالتالي فإن أفراد العينة لم يتحصلوا على خدمات شخصية أثناء عملهم بالمستشفى من سكن وظيفي أو الأولوية في إجراء دورات تكوينية بالخارج، فيرى الأطباء والإداريين أن الوزارة لا تهتم بالجانب التحفيزي للمسؤولين، هذا ما يستدعي حصولهم بأنفسهم على امتيازات وخدمات وهذا من مرتبهم الخاص .

17-الرضا على توزيع الخدمات :

المجموع	إداريين	أطباء	الوظيفة التشاور
84	54	30	غير راض
% 16	% 54	%30	
16	14	02	راض إلى حد ما
% 16	% 14	% 02	
//	//	//	راض
//	//	//	
% 100	68	32	المجموع

الجدول رقم (28): يبين الرضا على توزيع الخدمات

من خلال الجدول نرى أن جميع أفراد العينة غير راضين على توزيع خدمات نلاحظ أنها أكبر نسبة هي 84.0% ونسبة 16.0% منهم راضين إلى حد ما.

وحسب النتائج المسجلة في الجدول فإن نسبة 54% من الإداريين غير راضين على توزيع الخدمات، ونسبة 30% من الأطباء كذلك غير راضين، أما بخصوص الرضا على حد ما فإن 14% من الإداريين راضيين إلى حد ما، ونسبة ضعيفة جدا وتقدر بـ 02% من الأطباء الراضين بدرجة قليلة.

وبالتالي ومن خلال هذه النتائج فإننا نلاحظ أن رغم عدم حصول أغلبية المبحوثين على خدمات شخصية داخل المستشفى فهم أيضا غير راضين على توزيعها، وهذا يثير الفوضى والمشاكل بين الطرفين.

وحسب كل من هرزبرغ وأدامس وفيدلر فإن تقديم الخدمات للعمال يثر دافعيته للعمل ويزيد من رضاهم عن المؤسسة وإدارتها مع تحقيق مختلف الحاجات الأخرى سواء تعلق المر بالجر أو العوامل الخارجية في العمل.

الفرضية الثانية: التمايز في الصفات الشخصية وتصور الطبيب لمكانته يولد صراعا بالمؤسسة

1- المشاكل داخل المؤسسة الاستشفائية

النسبة %		التكرار		سبب المشاكل	
58.0	100	58	100	لعدم كفاية الموارد	نعم
6.0		6		لضعف القوانين	
14.0		14		عدم الانضباط	
22.0		22		للخلاف بين الإدارة والأطباء	
00		00		لا	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (29): يبين المشاكل داخل المؤسسة الاستشفائية

من خلال النتائج المسجلة في الجدول أكد جميع أفراد العينة على ذلك، هناك مشاكل داخل المؤسسة بنسبة 100%، وذلك راجع إلى عدم كفاية الموارد بنسبة 58%، وهذا يعتبر عائقا لدى الطرفين فالطبيب لا يستطيع ان يعمل مع الكم الهائل من المرضى بدون معدات وموارد بشتى أنواعها داخل المستشفى فهذا يؤدي حتما إلى عدم الفعالية في العمل من نقص المعدات الطبية والأجهزة الضرورية والأدوية.

كما أن 22% منهم يرون ذلك انه راجع للخلافات بين الإدارة والأطباء داخل المستشفى، هذه الخلافات تعتبر من العوائق الكبرى التي تعاني منها مختلف المؤسسات الاستشفائية، والتي من شأنها أن تؤثر على الأوضاع العامة داخل المستشفيات، إلى جانب هذا هناك من أفراج العين من يرجع هذه المشاكل إلى أسباب

أخرى، حيث نسجل 14% منهم يرجعون ذلك على عدم الانضباط في العمل،" وهو سلوك يؤثر سلبا على مختلف المصالح ويؤدي إلى العديد من المشاكل بين الأطباء والممرضين، وبين المرضى والممرضين يمكن جهة أخرى.

وهناك منهم من يرجع ذلك إلى ضعف القوانين وعدم قدرتها على ضبط كل الأفراد وتوضيح المهام والصلاحيات، ومن تمّ إعطاء كل فرد وما يستحقه من جزاء، فهذه النتائج إذن توحى بأن المؤسسة الاستشفائية تعاني فعلا من مشاكل داخلية ، هذه المشاكل تختلف وتتنوع من مصلحة إلى أخرى وتزداد يوما بعد يوم في غياب قوانين صارمة وإدارة حازمة.

2-الدافع الذي أدى إلى اختيار المهنة.

النسبة %	التكرار	الدافع
71 %	71	حب للمهنة
26 %	26	أهمية المنصب
03 %	03	رغبة عائلية
100.0	100	المجموع

الجدول رقم (30): يبين الدافع الذي أدى إلى اختيار المهنة

نلاحظ من خلال الجدول الخاص بالدافع الذي أدى إلى اختيار موظفي مستشفى الزهراوي لمهنتهم أنّ أغليبتهم اختاروا مهنة العمل بالمستشفى سواء طبية أو إدارية حبا فيها، بنسبة 71 % من أفراد العينة، أما نسبة 26 % منهم فاختاروا مهنتهم على أساس أهمية المنصب الذي يشغلونه بحكم المستوى العلمي والمعرفي والشهادة المتحصل عليها من كلا الطرفين.

كما أنّ هناك فئة منهم من أرجعت ذلك إلى أسباب عائلية، حيث نسجل نسبة 03 % من الذين اختاروا هذه الوظيفة لرغبة عائلية .

ومن خلال هذه النتائج فيمكن أن يكون الأطباء قد اختاروا مناصبهم حبا في المهنة، وذلك مباشرة بعد حصولهم على شهادة البكالوريا، ودخولهم كلية الطب، ونظرا للمكانة التي يحضون بها داخل الوسط الاستشفائي الداخلي والوسط الاجتماعي الخارجي مع التكوين العلمي الذي يتحصلون عليه من خلال طول فترة التكوين والدراسة بخلاف اختصاصات أخرى، لهذا نجد أنّ الأطباء يريدون تقديم خدمات صحية حسنة، أما الإداريين يريدون الحصول على مكانة والمركز وما وراءها وهذا ما من شأنه أن يولد الخلاف والصراع بين الطرفين لتضارب الأهداف، واختلاف المكانة الاجتماعية والمستوى التعليم بين الطرفين.

3-الأشياء التي تجلبها الوظيفة:

النسبة %	التكرار	الفوائد
30.0	30	الفوائد المتحصل عليها
8.0	8	جو العمل وطبيعته
26.0	26	الحصول على وضع اجتماعي راقى
36.0	36	ممارسة وتطوير معارفك المهنية الخاصة
//	//	خدمة المريض
100.0	100	المجموع

الجدول رقم (31): يبين الأشياء التي تجلبها الوظيفة

من خلال النتائج المسجلة في الجدول فإننا نلاحظ أن أفراد العينة اقسوا في تقييمهم للأشياء التي تجلبه لهم الوظيفة، واعتبروا بأن هناك فوائد مختلفة، فأكبر نسبة مسجلة 36 % من أفراد العينة استفادوا من الوظيفة في ممارسة وتطوير معارفهم المهنية، ونسبة 26 % حصلوا على وضع اجتماعي راقى، ونسبة 30% منهم أكدوا على الفوائد المتحصل عليها، وأخيرا نسبة ضئيلة يهتمها جو العمل وطبيعته.

إن هذه النتائج تعكس حقيقة اختلاف طموحات واحتياجات العمال ونظرتها إلى العمل، فمنهم من ينظر للعمل نظرة مادية ومنهم من ينظر إليها نظرة معنوية، ولا يهتمهم ما تقدمه له وظيفته من مدخول ، على اعتبار أن الوضع المالي والمادي وحده غير كافي للراحة والاستقرار، وبالتالي فإن أفراد مستشفى الزهراوي من أطباء وداريين ينتظرون الكثير من الأشياء التي ترضيهم في أعمالهم، وتحقق لهم رغباتهم وحاجياتهم النفسية والاجتماعية، وهو ما من شأنه أن يجعلهم في صراع داخلي وصراع فردي وجماعي بحثا عن تحقيق هذه الاحتياجات.

4-كيفية سير العمل داخل المؤسسة الاستشفائية

النسبة %		التكرار		سير العمل	
10.0	86.0	10	86	لسوء أداء بعض الخدمات الصحية	لا
35.0		35		لعدم الحصول على جميع وسائل الرعاية الطبية	
41.0		41		عدم رضا الهيئة التقنية والإدارية على التسيير	
14.0		14		نعم	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (32): يبين كيفية سير العمل داخل المؤسسة الاستشفائية

من خلال النتائج المبينة في الجدول يتبين لنا أن معظم أفراد العينة يرون بأن العمل داخل المؤسسة لا يسير بالشكل الحسن وذلك بنسبة 86% ، في حين نسجل نسبة 14% منهم يرون عكس ذلك، أي أن العمل يسير بالشكل العادي.

ولمعرفة الأسباب التي جعلت أفراد العينة يعتبرون أن العمل لا يسير بالطريقة العادية، فإن نسبة 41% منهم يرى بأنه راجع لعدم رضا الهيئة التقنية و الإدارية على التسيير، ونسبة 35% منهم ترجع ذلك لعدم الحصول على جميع وسائل الرعاية الطبية، و 10% منهم لسوء أداء بعض الخدمات الصحية.

أما نسبة الخدمات الصحية سيتخلص من المعطيات أن معظم المبحوثين متذمرين من الوضع بالمستشفى وسوء التسيير بها ونظرا لاختلاف شخصية كل مسؤول وقيمه و ثقافته التي تربي ونشأ عليها فهو لا يمكنه التخلي عنها فيكون شعوره وردة فعله مختلفة، ومعظم المسؤولين شعرو ابالتذمر وصرحوا أن الإداريين يرون أن الأطباء لا يؤدون خدمات صحية علاجية مما يؤدي إلى فساد سمعة المستشفى والأطباء يصرحون بأن الإدارة هي التي لم توفر لهم إمكانيات العلاج لتقديم الأحسن، وهذا ما يثير تصادم في التفكير بسبب الاختلاف في التكوين مما ينشأ صراعا فيما بينهم.

وعلى كل تبقى المشاكل قائمة مهما اختلفت أسبابها ودواعيها، ومهما تنوعت الأيدي المسببة لها فإن الضحية هم المرضى المتوافدين على المستشفى، وهذه المشاكل تؤدي إلى اتساع الهوة بين الأطباء والإداريين وتخلق العديد من المشاكل داخل المستشفى.

5- طبيعة العلاقة بالهيئة العليا:

النسبة %	التكرار	نوع العلاقة
2.0	2	علاقة صداقة
24.0	24	علاقة تعاون
62.0	62	علاقة مهنية
12.0	12	علاقة توتر
100.0	100	المجموع

الجدول رقم (33): يبين طبيعة العلاقة بالهيئة العليا

من خلال النتائج المسجلة في الجدول الخاص بنوع العلاقة التي تجمع بين أفراد العينة فإننا نلاحظ أن أغليتهم صرحوا بأن العلاقة التي تجمعهم علاقة عمل أي مهنية بنسبة 62% ، في حين نجد نسبة 24 % منهم صرحوا أن العلاقة التي تجمعهم هي علاقة تعاون، و نسبة 12 % صرحوا بأن العلاقة علاقة توتر دائمة ، أما علاقة الصداقة فكانت نسبتها ضعيفة جدا 02 % فقط.

من هنا يتضح بأن أغلبية عمال المؤسسة الاستشفائية تجمعهم علاقة عمل وتعاون بحكم شخصية الفرد الجزائري إلى جانب الثقافة و القيم التنظيمية المتمسك بها التي تحدد له اتجاهاته وأهدافه، فكل فرد يؤدي العمل المطلوب منه ويقوم بواجبه وعند انتهاء الدوام ينصرف إلى حياته اليومية، ومن خلال الاحتكاك بعض العاملين بالمستشفى فان ذلك التعاون الظاهر بينهم يكون في إطار يحقق المصالح الشخصية لكل فرد . إن هذه النتائج تبين لنا الجو المضطرب بين أفراد المؤسسة الاستشفائية، وعن غياب ثقافة العمل الجماعي والتعاون الدائم وتبادل الأفكار والآراء من أجل تحسين الخدمات وتوفير مناخ طبي يريح العمال من جهة والمرضى من جهة أخرى.

6-الأشخاص الذين يحس معهم المسؤولون بالرضا

النسبة %	التكرار	الشعور بالرضا
51.0 %	51	مع المرضى
37 %	37	مع أعضاء الهيئة
12.0 %	12	مع الموظفين في مجالات أخرى من المستشفى
100.0	100	المجموع

الجدول رقم (34): يبين الأشخاص الذين يحس معهم المسؤولون بالرضا

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول أن أغلبية المبحوثين يحسون بالرضا والراحة مع المرضى بنسبة 51 % ، كما نسجل 37 % منهم يرتاحون مع أعضاء الهيئة، م يجدون الراحة مع نفس الطرف، كما أن هناك منهم من يرتاح مع الموظفين في مجالات أخرى من المستشفى ونسبة هؤلاء تقدر بـ 12% .

نستنتج أن معظم المبحوثين الذين يحسون بالراحة مع المرضى أثناء التعامل معهم والقيام بمعالجتهم والتي تكمن في تشخيص مرضهم والعمل على شفائهم، وهذا ما يدعم مركزهم داخل منصب عملهم، مع رفع مكانتهم لأنه لا يمكن الاستغناء عنهم بسبب خبرتهم الميدانية، فالأطباء هم الأكثر تعاملًا مع المرضى وهم الأكثر احتكاكًا بهم، وبالتالي فالعمل معهم يجعلهم يشعرون بالراحة خاصة في حالة تقديم علاج مناسب ويرتاح المريض بذلك فالعمل الإنساني نتائج نفسية أكثر من أي جانب آخر، وهو نابع من شخصية الطبيب ومن طبيعته وتنشئته الاجتماعية.

وبالطبع فإن هناك الكثير من أعضاء الهيئة الطبية يعملون في شكل فرق ومجموعات، هذه الفرق تجمع بينها أهداف وانشغالات، فكلما كانت المجموعة متماسكة ومتفاعلة كلما أحس أعضائها بالراحة مع بعضهم البعض، والعكس في حال عدم التماسك والتكامل، أين يصبح كل فرد منها يبحث عن راحته مع مجموعات و فرق أخرى.

7- صعوبات التعامل مع الطرف الآخر

النسبة %		التكرار		الصعوبات	
25.0	92.0	25	92	أنانية الطرف الآخر	
55.0		55		اختلاف الأفكار	
12.0		12		عدم الانضباط في العمل	
8.0		8		لا	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (35): يبين صعوبات التعامل مع الطرف الآخر

نلاحظ من خلال الجدول الخاص بصعوبات التعامل مع الطرف الآخر أن أغلبية أفراد العينة يجدون صعوبات بنسبة 92 %، بالمقابل نجد نسبة 8% منهم يرون العكس، أي انه لا توجد صعوبات في التعامل مع الطرف سواء مع الأطباء أو الإداريين.

ولمعرفة سبب هذه الصعوبة فإن النتائج المسجلة تبين أن نسبة 55 % من أفراد العينة من أطباء وإداريين يجدون صعوبات في التعامل بسبب اختلاف في الأفكار وعدم تقبلها يثير القلق والتوتر، و نسبة 25% منهم صرحوا بأن سبب صعوبة التعامل مع الطرف الآخر هو الأنانية لدى الآخرين، فحب الذات والتمسك بالرأي وعدم تقبل الآخر يشكل حاجزا كبيرا في عملية التعاون والتفاعل الإيجابي بين الأطباء والإداريين.

كما نسجل كذلك أن نسبة 12 % منهم يصرحون بأن صعوبة التعامل تكمن في عدم الانضباط في العمل، وهو ما من شأنه أن يعقد في العلاقات بين الأفراد ويخلق صعوبة في التكامل وفي التواصل. إن هذه النتائج تبين أن هناك اختلاف واضح في الأفكار والمعتقدات السائدة لدى الأطباء والإداريين، وفي فهم العلاقة مع الآخر وفي تفعيلها، وتبين النتائج كذلك أن التفاعل ضعيف ولا يرقى إلى المستوى المطلوب في مثل هذه المؤسسات، ومع هؤلاء المتقنين والإطارات، ومن المفروض أن يسود التفاهم والتواصل بين جميع مكونات المؤسسة الاستشفائية، وغياب أي حلقة يجعل المستشفى في حالة فوضى ومشاكل وخلافات.

8-التقصير في العمل والأطراف التي شعرت بذلك:

النسبة %		التكرار		الأطراف	
17.0	53.0	17	53	عضو في الهيئة	نعم
24.0		24		من الفريق الطبي	
12.0		12		الموظفون الإداريون	
47.0		47		لا	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (36): يبين التقصير في العمل والأطراف التي شعرت بذلك

من خلال معطيات الجدول نلاحظ أن معظم أفراد العينة وجهت لهم تنبيهات للتقصير في أداء المهام، وهذا أثناء أداء مهامهم ومسؤولياتهم التنظيمية، وهذا ما تؤكد نسبة 53% من أفراد العينة، في حين هناك بنسبة 47% منهم صرحوا بأنه لم يتم إشعارهم بالتقصير في أداء المهام .

ولمعرفة على أي جزء تم إشعارهم، فإن النتائج تبين أن نسبة 24% تم إشعارها في الفريق الطبي، ونسبة 17% عضو في هيئة، و12% موظفون إداريون.

نلاحظ من خلال المعطيات أن هناك نسبة كبيرة من الإداريين التي تم تنبيههم لوجود تقصير وذلك من أجل توفير جو العمل اللائق للسلك الطبي لان تسيير المستشفى يستند إليهم بالدرجة الأولى، وهذا ما يوضحه ظاهر سواكري في رسالته: الصراع داخل المؤسسة العمومية الصناعية بأن اختلاف الأفراد سواء سوسيو مهنية (سن- المستوى التعليمي -المواطن الأصل -اختلاف في الأفكار...الخ) إضافة إلى احتكاك الأفراد ببيئة مهنية ثانية تؤدي إلى حدوث صراع حتى ولو كانت خفية لان كل فرد يريد إيجاد نقاط ضعف في التسيير لتسوية مكانه وسمعه بين الآخرين .

أما الأطراف التي تشعرك بالتقصير من خلال الجدول فان نسبة 24 من الفريق الطبي و17 من نفس السلك ونسبة 12 من الموظفين الإداريين .

9- إجراء دورات تدريبية :

النسبة %		التكرار		إجراء الدورات التكوينية	
21.0	47.0	21	47	لمسايرة التطور العلمي	
26.0		26		من أجل الحصول على منصب أعلى	
53.0		53		لا	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (37): يبين إجراء دورات تدريبية

نلاحظ من خلال الجدول أن معظم أفراد العينة لم يستفيدوا من دورات تكوينية ، ونسبة 26% منهم الذين يريدون إجراء دورات تكوينية تساعدهم على الحصول على مناصب عليا داخل المستشفى ونسبة 21% من أفراد العينة الذين صرحوا بأن التكوين يساعد على مسايرة التطور العلمي العلاجي.

من خلال النتائج نلاحظ أن معظم الأطباء والإداريين خاصة الأطباء ورؤساء الأقسام لم تجري لهم دورات تدريبية وتكوينية، فتصريحات بعض الأطباء توحى أنه من أراد أن يتكون ويكتسب معارف علمية وطبية جديدة يسعى بإمكانياته المادية، وعلى حسابه الخاص، وهو ما م شأنه أن يخلق صراع داخل المؤسسة الاستشفائية بين الأطباء والإداريين لأنه لا يوجد تحفيز لا مادي ولا معنوي، ومهنة الطب تتطلب التحديث الدائم والتكوين المتواصل تماشياً مع ما توصل إليه العلم من أفكار وأساليب جديدة وما قدمته التكنولوجيا من آلات وأجهزة جد متطورة.

10- التعامل الحسن مع الطبيب أكثر من الإداريين.

النسبة %		التكرار		التعامل	
39.0	84.0	39	84	حساسية عمل الطبيب	
25.0		25		مكانة الطبيب العلمية والمهنية	
10.0		10		التعامل الحسن للطبيب	
10.0		10		حساسية عمل الطبيب ومكانته	
16.0		16		لا	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (38): يبين التعامل الحسن مع الطبيب أكثر من الإداريين

تشير معطيات الجدول أن معظم المبحوثين صرحوا بأن معاملة الطبيب أحسن من معاملة الإداري وذلك بنسبة 84% ونجد نسبة 16% من المبحوثين صرحوا بأنه لا توجد فوارق في المعاملة بين أي عامل

داخل المؤسسة و نجد أن نسبة التعامل الحسن مع الأطباء أكثر من الإداريين راجع لحساسية عمل الطبيب و ذلك بنسبة 39% و يليه نسبة 25% من المبحوثين تصرح أن مكانة الطبيب العلمية و المهنية هي سبب التعامل مع المسؤولين الإداريين ونجد نسبة 10% من المبحوثين الذين صرحوا بأن التعامل الحسن للطبيب مع الطرف الآخر.

من هذه النتائج نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة صرحوا بأن التعامل مع المسؤولين الطبيين أحسن من التعامل مع المسؤولين الإداريين وذلك راجع إلى حساسية عمل الطبيب ومكانته العلمية والمهنية ، فالأطباء يتميزون باحترام الذات والشعور بالمكانة الاجتماعية والمركز المرموق، وهو ما يجعلهم يميلون إلى بعضهم البعض ويفضلوا صداقات وتعاملات مع من هم في نفس التخصص ومن نفس المستوى.

11-أسباب إعطاء الإدارة أهمية أكبر لأطباء على حساب أطباء آخرين.

النسبة %		التكرار		الأسباب	
48.0	88.0	48	88	الكفاءة والخبرة	نعم
36.0		36		شخصية الطبيب	
4.0		4		انتماء الطبيب	
12.0		12		لا	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (39): يبين أسباب إعطاء الإدارة أهمية أكبر لأطباء على حساب أطباء آخرين

يتضح لنا من خلال الجدول أن أغلبية أفراد العينة صرحوا بأن هناك تباين الإدارة في إعطاء أهمية أكبر لبعض الأطباء على آخرين وهذا بنسبة 88% أما بقية المبحوثين فقد صرحوا بأنه لا توجد فروقات بين الأطباء في طريقة المعاملة من طرف الإدارة و ذلك بنسبة 12% يتضح لنا من خلال الجدول بأن أغلبية المبحوثين يرون بأن الإدارة تعطي أهمية أكبر لأطباء على حساب أطباء آخرين والذين يرون بأن الكفاءة والخبرة هي سبب ذلك وذلك بنسبة 48% تليها نسبة 36% يرون أنه راجع إلى شخصية الطبيب القوية والتي يفرضها داخل التنظيم وبذلك نستنتج أن الإدارة تعطي أهمية أكبر لأطباء على حساب أطباء آخرين حسب الكفاءة والخبرة والأقدمية والمحسوبية وهذا ما يولد صراعا ما بين الإدارة و أطباء .

ومن الواضح ان خبرة الطبيب واقدميته في المستشفى تجعله محترم من طرف الجميع إداريين وأطباء وممرضين، فهو على دراية بكل ما هو موجود وبما يجب أن يكون انطلاقا من خبرته، وما عاشه من تجارب في المستشفى.

12- الرضا عن الأجر

النسبة %		التكرار		الرضا
14.0	80.0	14	80	لا يتطابق مع مستواك العلمي
41.0		41		لا يتناسب مع طبيعة العمل
25.0		25		لا يلبي الاحتياجات الضرورية
12.0		12		راض إلى حد ما
8		8.0		راض
100.0		100		المجموع

الجدول رقم (40): يبين الرضا عن الأجر

نلاحظ من خلال الجدول الخاص بالأجر أن أغلبية أفراد العينة غير راضين عن الراتب الذي يتقاضونه بنسبة 80%، أما الذين صرحوا بأنهم راضين إلى حد ما نسبتهم 12%، تبقى نسبة 8% فهم راضين عن أجرهم.

ولمعرفة الأسباب التي أدت بأفراد العينة لعدم الرضا عن الأجر، فإن النتائج المسجلة تبين أن نسبة 41% يؤكدون أنه لا تتناسب مع طبيعة العمل و مدة و نوعية العمل، أما نسبة 25% فهم يؤكدون انه لا يلبي الاحتياجات الضرورية في الحياة اليومية، إضافة إلى نسبة 14% فأكدوا بأنه لا يتطابق مع المستوى العلمي لديهم .

ومن خلال النتائج المسجلة فإنَّ عمال المؤسسة الاستشفائية من أطاء وإداريين غير راضيين عن الأجر، بالرغم من أنهم يتقاضون أجر رئيسي زائد زيادة على المنح والتعويضات المقررة قانونيا مع العلم أن هناك خصم يقع على مستوى المرتب الشهري الخام ويتمثل في مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي والضريبة على الأجر، حيث أن نظام التعويضات يتميز بالضعف من حيث قيمته، فهناك تساوي مبالغ في التوزيع مما يؤدي إلى إفشال عزيمة الأفراد المستحقين بأن يكافؤوا امتيازات مالية نظرا للعمل الذي يقومون به، إذ أنه لا يعقل أن يتساوى المدير وعامل بالإدارة أو الشبه طبي أو الطبيب في الراتب إضافة أن التنظيم الخاص بالأجر القاعدي لهؤلاء يجعلهم يوضعون بطريقة جامدة في إحدى درجات جدول الأجر للوظيفة العامة .

نستنتج من هذا أن جميع الأطباء والإداريين غير راضين عن الأجر لأنه لا يشبع حاجياتهم ولا يحقق لهم ما يريدون تحقيقه في حياتهم، خاصة مع ارتفاع القدرة الشرائية للمواطن الجزائرية، ومشكلات السكن وغيرها. وإذ ربطنا هذه النتائج بالواقع فإنها تفسر إجراء الطبيب لعمليات خارج المستشفى ولحسابه الخاص أو بيع أدوية التي هي في الأصل موجودة بالمستشفى، أو العمل خارج المستشفى دون علم الإدارة لمجرد الحصول على دخل إضافي، وهذا ما يعيق السير الحسن للمستشفى ويساعد على تدهور الأوضاع به من كلا الأطراف وهذا ما لا يرضى البعض ويسبب خلاف و صراع داخل المؤسسة .

الفرضية الثالثة: إدارة المنظمة الاستشفائية دون التوقف على توازن السلطات لا يسمح بالتطوير الإداري للمنظمة الاستشفائية.

1- مستوى المؤسسة الاستشفائية التي يعملون بها

النسبة %	التكرار	مستوى المؤسسة
16.0	16	لها أهمية في الوسط الاجتماعي
64.0	64	تعاني من نقص في الإمكانيات
20.0	20	أحسن من غيرها
100.0	100	المجموع

الجدول رقم (41): يبين مستوى المؤسسة الاستشفائية التي يعملون بها

من خلال معطيات الجدول يتضح لنا أن مستوى المؤسسة الاستشفائية الزهراوي مازالت تعاني من نقص في الإمكانيات وتأدية الخدمات الصحية بنسبة 64.0% تليها نسبة 20% من أفراد العينة الذين يرون بأنها أحسن من غيرها و تبقى نسبة 16% من أفراد العينة الذين يصرحون بأن لهم أهمية في الوسط الاجتماعي من ناحية الخدمات الصحية المقدمة التي لا يمكن الاستغناء عنه.

من هنا نتوصل إلى أن المؤسسة الاستشفائية (الزهراوي) مازالت تعاني من نقص في الإمكانيات في جميع المجالات، المادية والبشرية، مع عدم تقديم خدمات صحية جيدة، لذا لا بد من إعادة الاعتبار لمكانة الطبيب بالدرجة الأولى وتجنب الصراع بين الطرفين لسير المؤسسة على أحسن وجه والشيء المطلوب خدمة للصحة العامة ورضاء للمرضى والوافدين على المستشفى من مختلف أنحاء الولاية وضواحيها.

2- الاحترام بين الإدارة و الأطباء داخل المستشفى.

النسبة %		التكرار		الاحترام	
29.0	76.0	29	76	طبيعة العلاقات	نعم
24.0		24		احترام الآراء	
21.0		21		احترام ظاهري فقط	
2.0		2		احترام مكانة كطرف	
24.0		24		لا	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (42): يبين الاحترام بين الإدارة و الأطباء داخل المستشفى

نتوصل من خلال الجدول أن أغلبية أفراد العينة يقرون بوجود احترام بين الطرفين وذلك بنسبة 76%، تليها نسبة 24 % المتبقية صرحوا أنه لا يوجد هناك احترام بين الطرفين، هذا الاحترام راجع إلى طبيعة العلاقات واحترام الآراء، ثم بعدها احترام ظاهري فقط، وأخيرا احترام مكانته كفرد من أفراد مجموعة العمل. ومن خلال المعطيات نتوصل إلى أنه هناك احترام لكنه مجرد احترام ظاهري فقط و بنسبة 29% لأن همهم الوحيد هو تحقيق مصالحهم الشخصية من خلال مناصبهم قبل كل شيء ثاني نسبة وهي 24% من الذين يرون بأن احترام الآراء واجب و ضروري لتكون هناك جدية في العمل. وعلى كل فإن الاحترام واجب و ضروري لحسن التعامل، والتفاهم داخل مكان وبين مختلف المصالح الاستشفائية، وخلق جو تنظيمي بين الأطباء والمرضى يساهم على أداء الخدمات الاستشفائية وبين الأطباء والسلطة الإدارية من جهة أخرى.

3-المشاكل الخارجية:

النسبة %		التكرار		نوع المشاكل	
44.0	58.0	44	58	اجتماعية	نعم
12.0		12		صحية	
2.0		2		أسرية	
//		//		//	
42.0		42		لا	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (43): يبين المشاكل الخارجية

تدل معطيات الجدول أن هناك مشاكل خارجية لدى أفراد العينة بالمستشفى التي والتي تؤثر على عملهم وبالتالي على مكانتهم كمسؤولين بالقطاعات الاستشفائية وذلك بنسبة 58% ومن أهم تلك المشاكل الاجتماعية بنسبة 44% تليها مشاكل صحية بنسبة 12% ثم في الأخير تأتي المشاكل الأسرية بنسبة ضعيفة 2%. ومن هنا نستنتج أن معظم أغلبية أفراد العينة و رغم مكانتهم السلطوية داخل المستشفى فهم يعانون من مشاكل اجتماعية راجعة إلى عدم التمكن من تلبية جميع حاجياتهم، وعد مشاركتهم في اتخاذ القرارات واثبات ذواتهم، في ظل التنافس الشديد حول المناصب والمكانة المرموقة، وفي ظل الصراعات العمالية المختلفة، ومهما كان مدخول الطبيب أو الممرض فهو بحاجة إلى تحسين ظروف المعيشة، من مسكن ومأكل خاصة مع تعقد ظروف الحياة، وارتفاع مستوى المعيشة، فمهما وصلنا من قدرة شرائية نبقى ننتظر في تحسين وتطوير ظروف الحياة.

4- تأثير المشاكل الخارجية على العمل داخل المستشفى.

النسبة %	التكرار	تأثير المشاكل
52.0	52	نعم
48.0	48	لا
100.0	100	المجموع

الجدول رقم (44): يبين تأثير المشاكل الخارجية على العمل داخل المستشفى

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية أفراد العينة تأثر عليهم المشاكل الخارجية أثناء تأدية عملهم والذي يسبب لهم مشاكل وعدم تفاهم فيما بينهم حيث ينتج عنه صراع وذلك بنسبة 52% أما البقية فيرون أنها لا تأثر على أدائهم وعملهم داخل المستشفى ولا تسبب لهم مشاكل ولا تحدث صراع . ومن هنا نستنتج أن المشاكل الخارجية خاصة الاجتماعية تولد صراعات فيما بينهم، وحسب لويس كوزر أن فكرة الصراع هي رغبة الأفراد في تحقيق طموحاتهم واشباعاتهم فالمسؤولين الإداريين والأطباء لعدم الوصول إلى تحقيق رغباتهم الاجتماعية يلجئون إلى طرق أخرى و لو كانت في إطار فوضوي.

5-وجود ضغوطات داخلية تؤثر على المكانة

النسبة %		التكرار		الضغوطات الداخلية	
37.0	87.0	37	87	لعدم الاحترام المتبادل بين الزملاء	
46.0		46		لعدم احترام من زملائك في مستوى أدنى	
4.0		4		طول فترة العمل	
13.0		13		لا	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (45): يبين وجود ضغوطات داخلية تؤثر على المكانة

يتضح لنا من خلال معطيات الجدول المتعلق بوجود ضغوط داخلية، فان معظم أفراد العينة يعانون من ضغوطات داخلية تؤثر على مكانتهم و مركزهم خصوصا المسؤولين الإداريين فالمدیر يجب أن يوفر كل مستلزمات لسلك النقني والطبي أمام الميزانية التي لا تكفي في نظرهم لجميع متطلبات وهذا بنسبة 87% أما بقية الباحثين لا يعانون من ضغوطات داخل العمل، أما نسبة 46% الذين يعانون من ضغوط داخل العمل بسبب انعدام الاحترام من طرف العمال الأدنى مستوى تليها نسبة 37% من الباحثين فيرون أن انعدام الاحترام المتبادل بين الزملاء هو سبب من أسباب الضغوط داخل العمل ، أما نسبة 4% يرون أن طول فترة العمل تولد ضغوط داخلية .

من هنا نلاحظ أن معظم الأطباء يعانون من ضغوط داخلية أثناء العمل فبحكم صعوبة العمل الطبي ودقته يبقى الطبيب دائما مسؤولا عن حياة المرضى و علاجهم، فمهامه تزيد لذا لا بد من توفير له جميع الإمكانيات مع تجنب الصراع بين السلطتين، فأغلبية الأطباء أن تأثير الضغوط يكون على حسابه النفسي فقط أما الإداريين فمعظمهم يرون بأنه توجد ضغوطات داخلية تؤثر على أدائهم المهني كان سببها عدم وجود احترام ما بين العمال الأدنى مستوى خاصة على مستوى الإداري أما بين السلكين الإداري والطبي هناك ضغوط لأنه كل مسؤول يريد إبراز مكانته هذا ما يولد صراعا داخل المؤسسة.

6- ازدواجية السلطة

المجموع	إداريين	أطباء	الوظيفة الازدواجية
54	26	28	مصدر للصراع
% 54	% 26	%28	
46	42	04	تضارب في المهام
% 46	% 42	% 04	
//	//	//	تكامل في المهام
% //	% //	% //	
100	68	32	المجموع
% 100	% 68	% 32	

الجدول رقم (46): يبين ازدواجية السلطة

من خلال معطيات الجدول المتعلق برأي المبحوثين حول ازدواجية السلطة داخل التنظيم الاستشفائي نتوصل إلى أن معظم أفراد العينة صرحوا بأنها مصدر دائم لصراع و هذا بنسبة 54 % حيث تتوزع على 28% من الأطباء و 26% من الإداريين في حين تمثل نسبة 46% من أفراد العينة الذين يرون بأن الازدواجية تؤدي على تضارب في المهام ، منها 04 % من الأطباء و 42% من الإداريين .

في حين لم نسجل إطلاقاً من يرى بان ازدواجية السلطة هي تكامل في المهام، لا من ناحية الأطباء ولا من ناحية الإداريين، فالتوجه العام هو صراع وتضارب في المهام.

وبالتالي ومن خلال ما سبق ذكره وما توصلنا إليه فإن ازدواجية السلطة داخل المستشفى بين المسؤولين الإداريين والمسؤولين الطبيين تسبب صراعا فيما بينهم، وتضاربا في المهام، الذي يعود إلى البحث عن تحقيق أكثر الامتيازات والمصالح الشخصية الذي يكون بالأولية في اتخاذ القرارات و تطبيقها ميدانيا مع الحفاظ على المكانة والمركز السلطوي، ولو كان على حساب المصلحة العامة هذا ما يولد المشاكل والخلافات بين الطرفين .

الفرضية الرابعة: الإدارة هي المسؤولة عن حل الصراعات العمالية

1- طبيعة العلاقة بين السلكين

النسبة %		التكرار		العلاقة	
3.0	76.0	3	76	تترك العمل	علاقة صراع
44.0		44		تغيير المنصب	
10.0		10		اللامبالاة	
15.0		15		المناقشة	
4.0		4		النقابة	
25.0		24		علاقة احترام	
100.0		100		المجموع	

الجدول رقم (47): يبين طبيعة العلاقة بين السلكين

من خلال معطيات الجدول يصرح أغلبية المبحوثين أنه هناك علاقة صراع دائمة ومستمرة بين المسؤولين الإداريين والمسؤولين الطبيين عن المكانة و ذلك بنسبة 76% ومن أهم الأسباب هو عدم رضا العمال على التسيير كاتخاذ القرارات و تقسيم الميزانية و تقديم الامتيازات و أهمية مكانة الطبيب...الخ، تليها نسبة 24% من المبحوثين الذين صرحوا بأنها علاقة احترام فلقد صرح أغلبية المبحوثين أن ردة فعلهم من الصراع هو تغيير المنصب بنسبة 44% و تليها نسبة 15% من المبحوثين يلجؤون إلى المناقشة فيما بينهم تليها نسبة 10% يصرحون باللامبالاة من الصراع

ومن هنا نستنتج أن هناك صراع دائم و مستمر ولا يزول حسب رأيهم سببه سوء التسيير من كل طرف، فكل طرف يحمل المسؤولية للأخر، فالأطباء يرجعون السبب إلى الإداريين ويحملونهم المسؤولية الكاملة خاصة المدير الذي ينفرد باتخاذ القرارات و تقسيم الميزانية الغير عادلة مما جعل هناك ضغط دائم في العمل من ناحية كثرة المرضى، أما الإداريين فيرجعون السبب على الأطباء لأنهم لا يؤدون خدماتهم صحية جيدة، فهناك تهاون وعدم انضباط وجدية في العمل.

وهذا ما صرح به الدكتور حسن عداد في رسالته إدراك إطارات تسيير المؤسسات الصحية العمومية للجو التنظيمي السائد بالمؤسسات وعلاقته بالضغط المهني عند هؤلاء الإطارات أن ضعف ممارسة السلطة يؤدي إلى الضغط و بالتالي إلى صراع ، و هذا حسب ما بينه حسن عداد في رسالته: إدراك اطارات تسيير

المؤسسات الصحية العمومية للجو التنظيمي السائد بالمؤسسات وعلاقته بالضغط المهني عند هذه الإطارات أن ضعف ممارسة السلطة يؤدي إلى الضغط وبالتالي الصراع .

1-المسؤول عن إدارة الصراع:

المجموع	إداريين	أطباء	الوظيفة الهيئة
54	26	28	الإدارة
% 54	% 26	%28	
//	//	//	الأطباء
% //	% //	//	
46	42	04	رؤساء المصالح
% 46	% 42	% 04	
100	68	32	المجموع
% 100	% 68	% 32	

الجدول رقم (48) : يبين المسؤول عن إدارة الصراع

من خلال النتائج المبينة في الجدول فإننا نسجل أن أغلبية أفراد العينة يرون أن المسؤول عن إدارة الصراع هي الإدارة، وهو ما تؤكد نسبة 54 % من أفراد العينة ، في حين نجد نسبة 46 % منهم تحمل رؤساء المصالح مسؤولية ذلك، وفي حين لم نسجل أي نسبة تحمل مسؤولية حل الصراع للأطباء. ومن النتائج كذلك نلاحظ أن أغلبية الإداريين يحملون رؤساء المصالح مسؤولية حل الصراعات العمالي، أما الأطباء فيرون أن الإدارة هي المسؤولة الأولى عن حل الصراعات العمالية، مع مشاركة لرؤساء المصالح في ذلك.

وإذا نظرنا إلى واقع الصراعات العمالية وجدناها تختلف من حيث الأسباب المؤدية لذلك، والغرض من هذه الصراعات، وكذلك الأطراف المتصارعة، فالصراعات الفردية اقل حدة من الصراعات الجماعية، وكلما زادت حدة الصراع كلما تطلب تدخل كل الأطراف، فليس من المعقول أن تبقى الإدارة مكتوفة الأيدي في حالة وجود صراع مهما كان نوعه وحدته وعلى رئيس المصلحة التدخل في البداية لتلطيف الأجواء وإخطار الإدارة في حالة فشله في إيجاد مخرج وتسوية ودية بين الأطراف المتنازعة.

كما أن هناك بعض الصراعات لا يستطيع رئيس المصلحة التدخل وهي تفوق حدود مسؤولياته، وفي هذه الحالة تجد الإدارة نفسها ملزمة بالتدخل العاجل والتدخل من أجل وضع حلول مناسبة حتى لا يؤثر

الصراع العمالي على الوضع العام وعلى السير الحسن للخدمات الاستشفائية التي يقدمها المستشفى للمرضى المتوافدين عليه.

وفي هذا الصدد يقول " جيمس ويير " و " لويس بارنيس: " إن القدرة على حل الخلاف بطريقة بناءة تمثل تحدياً كبيراً للنجاح الإداري. وتزداد حدة الخلافات بين الأفراد بتزايد حدة الخلافات داخل المؤسسة وكل المؤسسات لها نصيبها أيضاً من الخلافات البسيطة التي تضاعف المشاكل الرئيسية، من هنا تكون مشكلة المدير هي الاعتماد على الاختلاف في آراء الأفراد دون أن يجعله يعرض الأداء الكلي والتطور للخطر".

2- أسلوب حل المشاكل العمالية:

المجموع	إداريين	أطباء	الوظيفة الأسلوب
31	26	05	التشاور
% 31	% 26	%05	
35	14	21	المسايرة
%35	% 14	% 21	
34	28	06	تدخل النقابة
% 34	% 28	% 06	
100	68	32	المجموع
% 100	% 68	% 32	

الجدول رقم (49): يبين أسلوب حل المشاكل العمالية

من خلال النتائج المبينة في الجدول فإننا نلاحظ أن أغلبية الأطباء (21%) يرون بأن أحسن أسلوب لحل الصراعات العمالية هو المسايرة، كما هناك منهم وينسبة ضعيفة (05%) من يرى بأن التشاور بين الأطراف والمسؤولين أحسن أسلوب لحل الصراعات، أما تدخل النقابة كأسلوب لحل الصراع فلم نسجل سوى نسبة (06%) من الأطباء من يفضلونه على باقي الأساليب.

أما الطاقم الإداري فينظر إلى حل الصراع نظرة معاكسة للأطباء، حيث نسجل نسبة 28% إداريين يفضلون تدخل النقابة كأسلوب لحل الصراعات العمالية، كما نسجل كذلك نسبة 26% منهم يفضلون أسلوب التشاور كحل أنسب لحل الصراعات الناشئة بين أفراد المؤسسة الاستشفائية، كما نجد نسبة 14% منهم يفضلون أسلوب المسايرة كحل أنسب لحل الصراعات.

إن هذه النتائج تتباين باختلاف وظائف وأراد العينة وباختلاف نظرتهم للصراعات العمالية، فلكل صراع أساليب مناسبة وطرق فعالة في حل الصراع، كما تختلف هذه الأساليب باختلاف كذلك الأطراف المتصارعة وحدة الصراع، فعادة ما تتدخل النقابة في حالة الصراعات الجماعية كطرف وسيط بين العمال والإدارة، أما المسايرة فهي تناسب الصراعات الخفيفة التي والتي تقع في المستويات الدنيا أو بين العمال دون انتشار الصراع وتطوره، وإذا استمر الصراع ولم تتجح المسايرة فقد تبدأ الأطراف في التشاور والنقاش بحثاً عن إيجاد مخرج لهذا الصراع ووضع الحلول المناسبة والتي ترضي الأطراف المتصارعة قبل أن يحتدم الصراع ويتطور ويؤدي إلى تعطيل المصالح الاستشفائية.

وبما أن الصراع داخل المنظمات أمراً في كثير من الأحيان يعد حتمياً ، فهناك حيثيات وتدابير تعتبر كمراحل لانتقال موضوع الصراع إلى الأطراف الفاعلة، وتختلف هذه المراحل اختلافاً بسيطاً تبعاً لاختلاف القانون الداخلي من مؤسسة إلى أخرى، و على العموم تشترك كل المؤسسات في الأعضاء الفاعلة في إدارة الصراع الذي قد يحدث داخل المنظمة وهم أعضاء المكتب النقابي كمثلين لعمال المؤسسة، ورئيس مصلحة الموارد البشرية ممثلاً عن مدير المؤسسة، حيث يعرض موضوع الصراع على الأعضاء المكلفين بهذه المهمة، وهم يمثلون هيئة للتشاور وتبادل الآراء ووجهات النظر في حدود الإطار القانوني للمؤسسة، حيث يتم كل عضو بدور يترجم من خلال سلوك يحمل في مضامينه قيم واتجاهات ومؤهلات تعبر في مجملها عن إستراتيجية معينة يتبعها العضو كعملية اجتماعية أثناء حوار مع الأعضاء الآخرين، كما قد تختلف هذه العمليات الاجتماعية كأحد أشكال التفاعل من طرف إلى آخر مساهمة في ذلك عوامل شخصية.

4-المساهمة في حل المشكلات العمالية

المجموع	إداريين	أطباء	الوظيفة المساهمة
78	56	22	المساهمة
% 78	% 56	%22	
22	12	10	عدم المساهمة
% 22	%12	% 10	
100	68	32	المجموع
% 100	68	32	

الجدول رقم (50) : يبين المساهمة في حل المشكلات العمالية

من خلال النتائج المسجلة في الجدول فإننا نلاحظ أن أغلبية أفراد العينة من الإداريين (56%) ساهموا في حل المشكلات التي تنشأ بين العمال، في حين سجل 12% منهم لم يساهموا في حل المشكلات العمالية.

أما بالنسبة لأفراد العينة من الطاقم الطبي فإننا سجلنا أن أغلبية الأطباء ساهموا في تقديم الحلول للمشكلات العمالية، ونسبة الذين لم يساهموا في حل هذه المشكلات نسبة 10% فقط. من هذه النتائج فإننا نتأكد بأن كل الأطراف تساهم في تقديم الحلول أثناء الصراعات العمالية، وهي من طبيعة الفرد الجزائري، الذي يحب الاستقرار وينبذ مختلف الصراعات والمشكلات بين زملائه أو في المحيط الذي يعيش فيه، فهو دائما يسعى لتلطيف الأجواء، وتحسين العلاقات بين الأفراد والجماعات، وكل فرد له مسؤولية شخصية عن محيط عمله، دون الالتفات إلى الجانب القانوني والتنظيمي الذي يسير مثل هذه المشكلات والحالات المفاجئة داخل المؤسسة، فالمساهمة في حل المشكلات بين العمال عمل شخصي أكثر منه عمل وظيفي أو تسييري، لأن في حالة وقوع مشكل فإن المستشفى كله قد يتأثر بذلك، وليس الأطراف المتصارعة هي الوحيدة التي يعينها الأمر .

5- مستقبل المستشفى:

المجموع	إداريين	أطباء	الوظيفة المستقبل
28	20	08	الازدهار والتطور
% 28	% 20	%08	
12	02	10	تدني الخدمات
% 12	%02	% 10	
60	46	14	سيطرة القطاع الخاص
% 60	% 46	% 14	
100	68	32	المجموع
% 100	% 68	32	

الجدول رقم (51): يبين مستقبل المستشفى

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول المتعلق برأي المبحوثين حول مستقبل المستشفى أن معظم المستشفيات العمومية سوف تتحول إلى مؤسسات صحية خاصة و هذا نظرا إلى الخدمات الصحية الفعالة التي تقدمها القطاعات الصحية الخاصة مقارنة بالقطاع الصحي العمومي و كان ذلك بنسبة 60% منهم 14% من الأطباء و 46% من الإداريين .

كما صرح 28% أن مستقبل المؤسسة الاستشفائية في تطورها وازدهارها، ويكون بتطبيق القانون الجديد ليكون هناك تغيير تنظيمي فعال داخل القطاع الصحي، وتوزعت النسبة ب 20% من الإداريين و 08% من الأطباء .

وتبقى نسبة 12% منهم ترى في مستقبل المستشفى مستقبلا كارثيا بالنظر لما يشهده من مشاكل وما يعاني من تدهور في الخدمات وتدني في المستوى وهو ما تؤكد نسبة 12% من الأطباء والإداريين، وكانت 10% منهم أطباء، على اعتبار أنهم هم الفئة الأكثر إحساسا بالمشاكل التي تعاني منها المؤسسات الاستشفائية بصفة عامة ومستشفى الزهراوي بصفة خاصة.

كانت هذه مجمل الآراء المتحصل عليها حول مستقبل المستشفى، فكل طرف ينظر غلى ذلك من زاوية معينة، ونظرة التشاؤم هي الغالبة على كل من الأطباء والإداريين، ويبقى العمل على تحسين الظروف وتوفير الوسائل اللازمة والطاقات البشرية الكفيلة بالحفاظ على الأجهزة واستغلاله أحسن استغلال وتقديم أحسن الخدمات هي الكفيلة بالحكم على مستقبل المؤسسة .

7-2 نتائج الجداول:

1. معظم رؤساء المصالح من أطباء وإداريين تم توظيفهم عن طريق الوزارة لأن معظم الإطارات هم خريجي المدرسة الوطنية للإدارة والمدرسة الوطنية للصحة العمومية.
2. هناك صعوبات داخل المؤسسة الاستشفائية وأهم الأسباب التي تثير الصراع بين العمال الإداريين والأطباء داخل المؤسسة هي نقص الإطارات في جميع التخصصات.
3. التسيير الداخلي بالمستشفى غير محكم.
4. عملية صنع القرار هي عملية عادية في أغلب الأحيان وليست لها أي أهمية بتاتا، وكونها عملية إدارية لا تراعي كل الحاجيات العمالية أو التنظيمية.
5. عملية اتخاذ القرارات تتم على مستوى الإدارة العليا للمستشفى دون مشاركة باقي المستويات الإدارية والمصالح الاستشفائية.
6. عدم فعالية القرارات المتخذة وعدم كفايتها تنتج عدم رضا العمال عنها وعدم تقبلها.
7. توجد عراقيل أثناء تقسيم الميزانية بسبب عدم كفاية الميزانية في تلبية جميع مستلزمات العلاج.
8. عملية إعداد وتقسيم الميزانية غير مخططة وغير عادلة مما أدى إلى عدم رضا الأطباء والإداريين عنها.
9. يوجد هناك تشاور بين الإدارة والأطباء ورغم التشاور بين الطرفين فإن العملية تبقى سطحية لأنها في أرض الواقع ليس لها مصداقية، والميزانية المقدمة وزاريا لا تكفي جميع المتطلبات لا الإدارية ولا الطبية، وهذا في حد ذاته يثير خلاف.
10. قلة الميزانية المخصصة من طرف الوزارة هو العائق الكبير والسبب لمشاكل وصراعات ما بين الطرفين أيضا عدم وجود صيانة دائمة للمعدات العلاجية.
11. الأطباء والإداريين يرون بان الوسائل المعمول بها بالمستشفى وسائل معطلة وقديمة وسطحية وهذا بسبب عدم وجود صيانة دائمة ومستمرة لتلك الوسائل.

12. هناك تمييز بين المصالح من حيث توزيع الأجهزة والوسائل وكذا الأطباء والمختصين، فالكثير من المصالح تعاني من نقص المواد الصيدلانية والطبية.
13. إدارة المستشفى لم تقدم خدمات شخصية للأطباء والإطارات أثناء عملهم بالمستشفى من سكن وظيفي أو الأولوية في إجراء دورات تكوينية بالخارج، وبالتالي فهم غير راضين على توزيع الخدمات.
14. المؤسسة الاستشفائية تعاني فعلا من مشاكل داخلية.
15. اختيار موظفي مستشفى الزهراوي لمهنتهم أن أغلبيتهم اختاروا مهنة العمل بالمستشفى سواء طبية أو إدارية حبا فيها.
16. أفراد مستشفى الزهراوي من أطباء وإداريين ينتظرون الكثير من الأشياء التي ترضيهم في أعمالهم، وتحقق لهم رغباتهم وحاجياتهم النفسية والاجتماعية.
17. العمل داخل المؤسسة لا يسير بالشكل الحسن.
18. العلاقة التي تجمعهم علاقة عمل أي مهنية، وهم يحسون بالرضا والراحة مع المرضى.
19. هناك اختلاف واضح في الأفكار والمعتقدات السائدة لدى الأطباء والإداريين.
20. معظم أفراد العينة لم يستفيدوا من دورات تكوينية.
21. خبرة الطبيب وأقدميته في المستشفى تجعله محترم من طرف الجميع إداريين وأطباء وممرضين.
22. أغلبية أفراد العينة غير راضين عن الراتب الذي يتقاضونه.
23. مستوى المؤسسة الاستشفائية الزهراوي مازالت تعاني من نقص في الإمكانيات وتأدية الخدمات الصحية.
24. أغلبية أفراد العينة يقرون بوجود احترام بين الطرفين.
25. هناك مشاكل خارجية لدى أفراد العينة بالمستشفى والتي تؤثر على عملهم، وهذه المشاكل تسبب لهم مشاكل وعدم تفاهم فيما بينهم.
26. معظم أفراد العينة يعانون من ضغوطات داخلية تؤثر على مكانتهم ومركزهم خصوصا المسؤولين الإداريين.
27. ازدواجية السلطة داخل المستشفى بين المسؤولين الإداريين والمسؤولين الطبيين تسبب صراعا فيما بينهم.
28. هناك علاقة صراع دائمة ومستمرة بين المسؤولين الإداريين والمسؤولين الطبيين عن المكانة.
29. أغلبية أفراد العينة يرون أن المسؤول عن إدارة الصراع هي الإدارة.
30. أحسن أسلوب لحل الصراعات العمالية هو المسايرة، وكل الأطراف تساهم في تقديم الحلول أثناء الصراعات العمالية.
31. معظم المستشفيات العمومية سوف تتحول إلى مؤسسات صحية خاصة و هذا نظرا إلى الخدمات الصحية الفعالة التي تقدمها القطاعات الصحية الخاصة مقارنة بالقطاع الصحي العمومي.

7-3- عرض المقابلات:

المقابلة الأولى:

الجنس: ذكر

الأقدمية: 30 سنة

الفئة المهنية: رئيس مصلح الاستعدادات

كانت تصريحاته على الشكل التالي:

كنت اعمل كمرضى مؤهل أي بكالوريا +3 سنوات وتم اختياري بموافقة عمال المصلحة، ومن قبل مدير

المستشفى.

- كرئيس مصلحة فأنا راضي كل الرضا على منصبتي.
- تواجهنا عدة مشاكل وصعوبات بمصلحة الاستعدادات على كل الأصعدة، في التنظيم والتسيير، وأيضا مشاكل ناجمة عن وقوع بعض المرضى في أخطاء طبية رغم حرصنا ومراقبتنا، وهو ما سبب مشاكل مع المرضى والمرضى، لإلى جانب قلة الدواء العلاجي للقيام بالإسعافات الأولية، وعدم توفير الإدارة الأطباء والمرضى الذين لهم خبرة في الميدان خاصة أثناء المناوبة الليلية، وهذا ما يستدعي إرسال المرضى خارج المستشفى للقيام بالفحوصات الطبية، فالطلب الدائم والتجاهل المستمر من طرف المدير ونوابه سبب لنا التعطيل عن العمل، هذا ما أدى إلى الغضب والاحتجاج وعادة اللجوء إلى النقابة لتسوية جوانب من هذه المشاكل.
- يتم استدعائنا للمشاركة في بعض القرارات التي تخص تزويد المصلحة ببعض الأجهزة العلاجية، ولمعرفة الحاجيات والنقص الذي تشهده المصلحة، وكذا المشاكل اليومية التي نشهدها، لكن تبقى دائما مشاركة محدودة وعندما نقوم بتقديم توضيحات للدارة لا تؤخذ بعين الاعتبار، كتوفير الأطباء والمرضى، هذا العجز الكبير الذي تشهده المصلحة والتي عليها ضغط كبير.
- أن عملية القرارات التي تتخذها بالمشاركة ميدانيا لا يتم تطبيقها كليا داخل المصلحة، كعدم توفير الإمكانيات الطبية والأدوية العلاجية، نظرا لكثرة الحالات العلاجية، وعدم توفر طبيب نفساني رغم الإلحاح والمطالبة به.
- أغلبية قراراتنا ترفض، هذا ما يجعلنا نقع في مشاكل مع المرضى لعم توفيرنا لهم وسائل العلاج الضرورية.
- ليس لدينا دخل في عملية تقسيم الميزانية وبما إنها لا تلبى جميع حاجيات المصلحة وحتى المصالح الأخرى، فهي غير مرضية، كما عدم مشاركتنا في تقسيمها هو الذي يثير الشك.

- إن الوسائل العلاجية المعمول بها داخل المستشفى غير كافية خاصة أثناء توافد الحالات الحرجة كما أن الأدوية الخاصة بالإسعافات الولية غير كافية إلى جانب عدم تواجد أطباء أخصائيين وعدم تواجد أجهزة الأشعة هذا ما يستدعي إرسالهم إلى أماكن أخرى قصد إجراء الفحوصات.
- إن العلاقة التي تجمعني مع السلك الآخر هي علاقة عمل كما تنقصها لغة الحوار والمناقشة البناءة، هذا ما يثير المشاكل والخلافات.
- الامتيازات والحوافز المقدمة لا تكفيني حتى لتوفير الحاجيات الضرورية منها رغم ما نقوم به، كما انه لا يوجد تقييم للمجهودات التي تقوم بها لزيادة رفع مكانتها عن طريق الأخذ بآراء كأطباء ومناقشتها حتى بعض المواطنين لا يصيبهم التعب والإرهاق اليومي الذي يصيبنا بسبب كثرة إشرافنا على العمليات الاستعجالية.
- رأيي في الصراع القائم بين الإدارة والأطباء صراع دائم ومستمر لا يزول مهما بذلنا جهودا.
- أما النقابة فأرى أنها لا تعمل وغائبة تماما وا إذا عملت تعمل لصالح الإدارة وليست لصالح الأطباء.
- إذا وجدت فرص في مكان آخر وبشروط أحسن ومع توفير جميع الإمكانيات سوف انتقل.

المقابلة: الثانية

الجنس: أنثى

الأقدمية: 31 سنة.

الفئة المهنية: رئيسة مصلحة الأذن والأنف والحنجرة

كانت إجاباتها كالتالي:

- توليت هذا المنصب لعدم وجود شخص ذو كفاءة وخبرة أكثر مني فأنا راضية بالمنصب.
- نعم تواجهني عدة مشاكل داخل المصلحة بسبب عدم توفير جميع الحاجيات المستعملة في العلاج مع عدم الأخذ بانشغالاتنا مع كثرة العمل بسبب عدم تواجد أطباء أصحاب الاختصاص وهذا راجع إلى تهاون المدير في توظيف المختصين وعدم توفير عدد كافي من الممرضين وعدم توفر الأمن.
- عملية اتخاذ القرارات لا نشارك فيها إلا في حالة حدوث أمر طارئ أو في حالة استشفائية، لكن سلطتنا تكون داخل المصلحة فنحن نتخذ قرارات التي نراها مناسبة وتخدم مصلحة العاملين وحتى المرضى.
- بالنسبة للقرارات الإدارية فإني لا أقوم برفضها ، ولا تخدم مصالح المؤسسة الاستشفائية كقرار زيادة عدد الأطباء بالمصلحة بداية من سنة 2007، هو قرار فعال لكن تطبيقه على أرض الواقع ليس له من دليل.

- عملية تقسيم الميزانية غير عادلة لأنها لا تلبى جميع احتياجات المصلحة، ففي كل سنة نطالب الإدارة بضرورة توفير ميكروسكوب لتشخيص أمراض الأذن والأنف والحنجرة ولم توفر ذلك، كما أنهم لم يوظفوا طبيب مختص في الأروطونيا حيث تقوم بتقسيم تلك الميزانية حسب ما تراه مناسباً لها..
- إن الوسائل العلاجية المتواجدة داخل المؤسسة غير كافية للقيام بالتشخيص الدقيق والكامل للمريض أو القيام بعمليات جراحية معقدة على مستوى الذن والنف والحنجرة، هذا ما يؤدي إلى ارسالهم إلى مستشفيات عمومية في المدن الكبرى أو عيادات خاصة.
- ليس لدينا امتيازات شخصية داخل المستشفى، لا من الناحية المادية، ولا من الناحية المعنوية،.
- قراراتنا لا تؤخذ بعين الاعتبار، تطبق ما هو في صالحها كما أنها لم تخصص لنا تكويناً على أي مستوى، وهما الوحيد هو توفير خدمات صحية حسنة بالإمكانات المتاحة لتبيان دورها وأهميتها وحسن تسييرها وتقسيمها للميزانية المقدمة.
- التأطير غير كافي في المؤسسة وينقصه مورد بشري .
- العلاقة التي تجمعني مع السلك الآخر علاقة عمل، بتوفير الوسائل العلاجية والأدوية رغم عدم تلبيتها كلها.
- لم تواجهني مشاكل مع الهيئة الأخرى وإنما مجرد احتجاجات بحكم مستواي المعرفي والمهني وحسب طبيعة عملي فإنه لا يريد أن أقع في خلافات مع المدير رغم بعض التجاوزات التي نراها واضحة كعدم استدعاءنا لعقد الاجتماعات إلا في الحالات الطارئة
- نقص المختصين في أمراض الأنف والأذن والحنجرة يسبب مشكل كبير مع كثرة المرضى بالمنطقة الذين يتوافدون من أجل إجراء فحوصات وهذا يوم واحد بالأسبوع وهذا غير كافي، مما يسبب ضغط على الطبيب وللعمال في نفس الوقت، حيث تبقى في العمل لساعات طويلة.
- المسؤولين الإداريين يقللون من دورنا رغم ما نقوم به فهم يقدمون انتقادات مستمرة ويرجعون أسباب حدوث المشاكل العلاجية إلى تهاوننا في أداء الخدمات الصحية رغم أنهم لا يوفرن جميع الوسائل والأدوية العلاجية وطول فترة العمل هذا ما يزيد من إرهاقنا.
- صحيح أن المؤسسة عرفت تطوراً ملحوظاً بسبب بعض التخصصات الجديدة إلا أنها تبقى دون المتوسط وينقص حسن التنظيم والتسيير بسبب عدم التمويل الجيد لتلك الأقسام
- أرغب أن انتقل للعمل في مؤسسة استشفائية أخرى إذا أتاحت لي الفرصة لكن بشروطي وباجر اعلي ومركزا ارقي.

المقابلة الثالثة

الجنس: ذكر

الأقدمية: 10 سنوات

الفئة المهنية: عضو في النقابة

كانت إجاباته كالتالي:

- توليت هذا المنصب بعدما رأيت بعض الفوضى والتجاوزات التي تحدث من كلا الطرفين وأنا راضي على هذا المنصب.
- مها منا هي الدفاع عن حقوق العامل المهنية لتجنب الضرر الذي يقع فيه العامل، مع مساندة الإدارة من أجل الحفاظ على المؤسسة وآلاتها وعتادها ومصحة المريض ، ومحاولة إيجاد تسوية بين العمال والإدارة.
- تواجهنا عدة مشاكل داخل المستشفى ومن واجبنا حلها.
- لا نشارك في عملية اتخاذ القرارات لكن في حالة وقوع خلافات بين الإدارة والأطباء في بعض القرارات تتدخل لتسويتها أيضا ونقوم بتسوية الخلافات بين الأطباء والإدارة، كما توجد هناك برامج عمل ولقاءات كل شهر مع المدير لطرح الانشغالات وعادة ما لا يحترم المواعيد فنتوتر العلاقة.
- هناك تسرع من طرف الإدارة في اتخاذها للقرارات وبالتالي لا يعطي أهمية للطرف الآخر للمشاركة الفعلية.
- ليس هناك تخطيط استراتيجي مبني على المنفعة العامة أثناء تقسيم الميزانية ، هذا ما يؤدي إلى ظروف عمل سيئة تعيق مسارنا في تأدية الخدمات الصحية بأحسن شكل، فالوزارة تعطي الميزانية بالتقسيم وحدة الإدارة لمتكررة هي الميزانية فير كافية وهذا ما يسبب التدخل عدة مرات لحل المشاكل بين الإدارة ورؤساء المصالح أثناء مطالبتهم بضرورة توفير وسائل العمل العلاجية.
- الحوافز المتحصل عليها غير كافية خاصة المقدمة لرؤساء المصالح نظرا لمكانهم.
- أنا اقوم بدوري كبقية أعضاء الفوق النقابي واذا استلزم الأمر تدخل لحل النزاعات أو المطالبة بتوفير حقوق العمال والدفاع عن مصالحهم، لدى دورنا يبقى مهم داخل المستشفى باعتبارنا طرف وسيط لفك النزاع.
- إن المؤسسة الاستشفائية هي كبقية المؤسسات الصحية العمومية تنتشر فيها الوساطة بين العمال والمواطنين المعالجين لدى لا نعرف تنظيم ولا تسيير داخلي محكم ، والخدمات الصحية بين الأطباء والمرضى تتخللها الوساطة (العلاقات غير الرسمية) هذا ما يخلق فوضى والمشاكل في إدارة الأمور الاستشفائية وعدم وجود ثقافة حوار واتصال بين المسؤولين من كلا السلكتين نظرا للأنانية وعدم ثقتهم ببعضهم البعض لذا يبقى المؤسسة تتخبط في المشاكل رغم الإصلاحات التي تشهدها.

- عندما تتاح لي فرصة الانتقال للعمل في مؤسسة صحية أخرى سوف أفكر في ذلك، وهذا حسب نوع المنصب الذي يقدم لي والراتب.

المقابلة الرابعة:

الجنس: ذكر.

الأقدمية: 26 سنة.

الفئة المهنية: رئيس مصلحة تصفية الدم.

- تتوليت هذا المنصب لعدم وجود شخص ذو كفاءة وخبرة داخل المستشفى انا خريج جامعة المسيلة علم النفس العيادي وماجستير جامعة بوزريعة علم النفس وانا غير راضي على المنصب لاني اطمح لمنصب اعلى منه.

نعم تواجهني عدة مشاكل وصعوبات بالمصلحة والتي تؤثر سلبا على نفسية المريض بالكلى، فعدم توفير اجهزة لتصفية الدم جديدة من اجل قيام المرضى بحصصهم الاسبوعية في تصفية الدم هذا يؤدي بالمريض لقطع مسافات طويلة لمستشفيات اخرى وعيادات خاصة هذا ما يزيد من تعبهم وارهاقهم وتازم حالتهم المرضية.

فعدم توفير المدير ونوابه من تجهيز غرفة العمليات بالوسائل اللازمة وتوظيف الأطباء المختصين في تركيب البطارية الضرورية للمريض من اجل تصفية الدم، يؤدي الى موت المريض لذا نعاني الأمرين من الادارة والمريض.

لا نشارك في اتخاذ القرارات اثناء عقد مدير المستشفى اجتماع مع نوابه و رؤساء المصالح الاخرين الا في حالات مطالبة المدير بصورة انعقاد اجتماع لدراسة الاوضاع الاستشفائية فيما يخص انشغالاتنا مع الاخ باقتراحاتنا باعتبارها اكثر علما بالجانب التقني العلاجي داخل المصلحة، الا ان المسؤولين الاداريين لا ياخذون بكل احتياجاتنا فمعظمها تبقى مجرد وعود محل التنفيذ.

مهامنا هو توفير السير الحسن العلاجي والاستشفائي داخل المصلحة لذا نكون بعيدين عن معظم القرارات بسبب عدم مشاركتنا واستدعائنا للمشاركة في اتخاذ لأنهم لا يعلمون بما يحدث اثناء المناوبات الليلية والعطل الاسبوعية لتوفير الظروف العلاجية اللائقة.

لا نستطيع الحكم على تقسيم الميزانية التي تكون من طرف المدير ونوابه.

ان الوسائل غير متوفرة حسب طلبات العلاج، فاجهزة تصفية الدم غير كافية بالمقارنة مع عدد المرضى اما فيما يخص الادوية فهي متوفرة لكن لا يوجد بالمستشفى معظم التحاليل واسعة الراديو التي نطلبها ونلح عليها دائما والاختصاصيين والمرضى.

لست لدينا امتيازات غي امتيازات داخل المصلحة من ناحية تسييرها وتقديم الاوامر للمرضين والذين لديهم مستوى ادنى.

تختلف العلاقة التي تجمعني مع المسؤولين الاداريين داخل المستشفى فتكون علاقة تعاون دائم بيننا لكن هناك من نختلف معهم في بعض الامور حتى ولو كانت صغيرة بسبب تشدد الطرق الاخر في التمسك بارائه رغم عدم خدمتها لصالح العام لعدم توفر وجبات خاصة للمرضى عند اجراء حصص تصفية الدم رغم مطالبتها، فهم يعتبرون ان تلك الحصص تجري في كل وقت وهذا لا يساعدهم.

- تواجهني عدة مشاكل مع السلك الاخر لكن لا يكون لها اي تاثير على العمل والمناخ العام لا يتناسب مع عملنا خصوصا مع المرضى.

- ان جميع المرضى يحترموني فاننا نعتبرهم كاسرة واحدة نتعامل معهم كاطباء نفسانيون نرفع من معنوياتهم ليتناقم مع مرضهم.

- ان المؤسسة الاستشفائية عرفت تطور ملحوظا من تخصصات جديدة وتوسع بعض الاقسام ، الا انه رغم ذلك ما زال ينقصها الاطباء الاختصاصيين و ممرضيين والامن وبعض الاجهزة العلاجية كسكناغ والميكروسكون.....الخ. مع تحسين الواجبات الغذائية للمرضى.

- اذا سمحت لى الفرصة الانتقال للعمل لمستشفى اخر وعيادة خاصة بشروط افضل واجر يكون اكبر سوف انتقل للعمل به.<

المقابلة الخامسة:

الجنس: ذكر

الاقدمية: 10

الفئة المهنية: المدير الفرعي للمصلحة الصحية .

-توليت هذا المنصب مند عامين بعدما كنت أعمل كرئيس, مع اللم إني متخرج ن المدرسة العليا للإدارة و توظيفي جاء بقرار وزاري.

تواجهني دائما و باستمرار مشاكل في إدارة المستشفى و مع جميع المصالح و أقسامه العلاجية بدون استثناء

فيما يتعلق بإرضاء جميع موظفيها و بما فيهم الأطباء,

بنسبة للضغوط فهناك ضغوط كثيرة نتيجة حجم النشاط داخل المؤسسة و هناك أيضا ضغط نفسي كبير حيث أنه لا يوجد انضباط دخلي لإدارة محكم يقوم على احترام التدرج الهرمي للسلطة أيضا أنه لا توجد سلطة و حيدة داخل المستشفى و هذا السبب يعيق تطور و سير الإدارة فيما يخص ردة الفعل فقد تعلمت اللامبالاة داخل المؤسسة

- بالنسبة للمشاكل فانه لا توجد مؤسسة لا يوجد با مشاكل , فمقاومة التغيير أكبر عائق و أجهته , كل شيء ضدك فالعادة صعبة التغيير .

-بالنسبة بالمشاركة في اتخاذ القرار فأنا أشارك في عملية اتخاذ القرار , و تكون تشاركيه و تشاوريه في كثير من الأحيان, لأن كل قرار له عواقب و نتائج و عموما في إدارات الجزائر لا يوجد من يتحمل المسؤولية نعلم بالنسبة للقرارات فقد رفضت الكثير من القرارات بنسبة لردت فعلي فأني أدافع عنها بكل ثقة و جهد مع المدير و مجلس الإدارة خصوصا اذا كانت تحقق منفعة للمؤسسة و للمريض خاصة, لكن اذا اكتشفنا أنها ليست لها منفعة سوف نتراجع مع توضيح و نبحت عن البدائل

-بالنسبة للميزانية يجب أولا أن نعرفها :قانون 90-21 متعلق بالمحاسبة العمومية : هي و وثيقة التقديرية التي تقدر لنسبة المالية مجموع النفقات و لإرادات , أي أنها عبارة عن و وثيقة يوجد بها جانب خاص بلا رادات و جانب خاص بالنفقات تخص سنة مالية معينة , و أول شيء يجب أن نعرفه هو أن ميزانية المستشفى مقسمة إلى 5 عناوين الإيرادات مخصصة 5 عناوين و النفقات 10 عناوين نفقات التسيير و نفقات التجهيز , وكل النفقات الضرورية لتحقيق أهدافها لذلك نعمل جداول الاحتياجات كل عنوان له فصل و كل فصل له مواد مثال عنوان 1 نفقات الموظفين أجور الموظفين الأطباء أجور شبه الطبيين الإداريين جدول الاحتياجات كل منهم و نقيس و على العام السابق

أيضا الأدوية و نضع دراسة نقدية لتطور النفقات و نضع الزيادة و نبعث بها إلى المديرية الصحة ثم إلى الوزارة ثم نعمل اجتماع ونقسم و في كثير من الأحيان لا تكون هناك زيادة في الميزانية لا تكفي أقل من المطلوب,

عملياً لا يتم تقسيم الميزانية على أسس علمية و موضوعية لأن الأصل أن يتم توزيع الاعتمادات المادية حسب النشاط و ليس على حسب الهياكل.

بالنسبة للموارد، لا أستطيع أن أقول أنها كافية باعتبارها مؤسسة كبيرة و لا أستطيع أن تلبي جميع متطلبات المستشفى،

- بالنسبة للامتيازات , لا أتحصل على امتيازات الامتياز الوحيد هو السكن الوظيفي .
- بالنسبة للمشاكل أكد هناك مشاكل مع الهيئة الإدارية في حد ذاتها و الهيئة الطبية, ردت الفعل في كثير من الأحيان اضطر إلى سحب الكلام و تراجع .
- علاقتي مع السلك الأخر علاقة عمل بالدرجة الأولى و علاقة احترام و تعاون لكن تختلف من طبيب إلى آخر فهم يعتبرون مستواهم العلمي و الثقافي أحسن من مستوانا كمسيرين إداريين
- هناك عدة مشاكل و واجهتني مع السلك الأخر , فيما يخص رؤساء الأقسام, فالمشاكل تتعلق بتسيير المصالح.
- بالنسبة للحوافز فغير راضي عن الحوافز المقدمة فهي مجحفة لا تلبي حاجياتنا.
- أنا لا أهتم لتقييم العمال لمكانتي و دوري داخل المستشفى دوري هو ادارة المستشفى بأحسن شكل قصد الرفع من مستوى الخدمات الصحية المقدمة, أحسن مما كانت عليه.
- أن المؤسسة الاستشفائية دون المتوسط و المناخ غير داخل المؤسسة
- التأطير غير كافي و يحتاج إلى مورد بشري ذو خبرة و مؤهلات .
- المشاكل الأكثر طرحاً هو تغليب المصلحة الخاصة على المصلحة العامة.
- لا أستطيع أن أقول أن هناك إهمال لأن الإهمال يعاقب عنه القانون فهو جريمة لكن نستطيع أن أقول أن هناك تقصير أو تهاون من طرف الإدارة و الأطباء.

المقابلة السادسة

الجنس ذكر

الاقدمية: 10

الوظيفة: رئيس المجلس الطبي

- لا يناسبني هذا المنصب فهذا تكليف
- أكيد يواجهني كثير من المشاكل بحكم أنني رئيس المجلس الطبي خاصة مع الإدارة
- مشاركة في اتخاذ القرارات لكنها مشاركة صورية فقط لا يؤخذ برئينا لأن الإدارة الحالي لا تعمل جيدا ولأن القرارات أحادية القرار داخل الإدارة
- ولأن كل مدير مسؤول يعمل بطريقة و مديرتنا الحالي لا يأخذ برئينا
- أكيد تم رفض كثير من القرارات وكانت ردت الفعل بالاحتجاج و اللجوء إلى النقابة و مع ذلك لا يوجد أبدا اتفاق ويبقى الحال كما هو عليه و تبقى الوعود حبر على ورق.
- تقسيم الميزانية فالتقسيم غير عادل فتوجد أمور و مصالح تحتاج إلى أكثر من غيرها إلى إعادة نظر وتجهيزات لكن نرجع للقول أن الإدارة لا تعمل
- الموارد غير كافية حيث أنه توجد و سائل علاجية لكن لا يوجد من يسيرها جيدا و أخصائيين لها.
- لا توجد امتيازات الامتياز الوحيد هو القلق و المشاكل مع الإدارة لا دورات تدريبية ولا سكن....الخ
- نعم توجد مشاكل مع السلك الأخر لعدم مسايرتنا و الأخذ برأينا وقراراتنا و ردة الفعل هي الامبالات والصمت و الصمت هو عنوان كل شئ .
- لا توجد حوافز لا مادية ولا معنوية من غير الراتب الشهري أيضا مع مقارنة مع الأطباء الدين يعملون مع القطاع الخاص يوجد فرق شاسع, أيضا لا تلبى احتياجاتنا.
- مكنتي جيدة من جميع النواحي و لا أنتظر من أحد أن ينتقدني .
- مستوى المؤسسة متوسط و مزال ينقصه لكثير والكثير خاصة المورد البشري والأخصائيين في جميع النواحي إداريين و طبيين.
- المناخ العام غير مناسب على جميع المستويات وهناك ضغط ومشاكل من كلا الأطراف
- تأطير غير كافي في كل المصالح الموجود حتى الإدارة و تحتاج إلى مورد بشري كبير.
- الإشكاليات الموجودة هو الأمن خاصة و في مصلحة الاستعجالات من ممرضين و وسائل و معدات
- هناك إهمال إداري كبير من جانب توفير الأطباء و الأخصائيين.

3-7 عرض نتائج المقابلات:

النسبة	العدد	الإجابات		السؤال
%66.66	04	المنصب مناسب		01
%33.33	02	المنصب غير مناسب		
%100	02	كثرة الانشغالات	تواجهني مشاكل	02
	02	المسؤولية		
	02	قلة الأجهزة		
%33.33	02	نشارك		03
%66.66	04	لا نشارك		
%66.66	04	أحادية		04
%33.33	02	مرفوضة		
% 100	06	رفضت		05
% 100	06	كان الرد بالتقبل		
% 50	03	غير مخططة		06
% 50	03	غير مرضية		
% 100	06	غير كافية		07
% 100	06	لا توجد		08
% 33.33	02	علاقة تعاون		09
% 50	03	صراعات		
% 16.66	01	احتجاجات		
% 33.33	02	جيدة		10
% 66.66	04	عادية		
% 100	06	غير راضي		11
% 100	06	محترمة		12
% 33.33	02	دون المتوسط		13
% 50	03	بها نقص		
% 16.66	01	ضعيفة		
% 66.66	04	نعم		14

33.33 %	02	لا	
100 %	06	غير مناسب	15
100 %	06	غير كافي	16
100 %	06	الإهمال	17
100 %	06	دائما هناك إهمال	18
100 %	06	صراع دائم	19
33.33 %	02	موجودة وتعمل	20
66.66 %	04	موجودة وغير فعالة	

حاولنا من خلال هذا الجدول عرض وحصر مختلف إجابات الأفراد على أسئلة المقابلة، وبالرغم من تباين الإجابات على مختلف الأسئلة إلا أننا لاحظنا اتفاق نسبي حول جملة من الآراء والاستجابات، رغم تهرب البعض منهم من الإجابة على بعض الأسئلة لكننا ومن خلال التسجيل الذي قمنا به أثناء المقابلة تمكنا من استخلاص العديد من الآراء والأفكار، وبطريقة بسيطة تمكنا من وضع أهم الكلمات والعبارات التي تخدم الهدف من إجراء هذه المقابلة.

فبالنسبة للسؤال الأول حول المنصب، فإن أفراد العينة انقسموا إلى فئتين، فئة ترى بأن منصبها غير مناسب (33.33 %) ويرجع ذلك حسب استجاباتهم إلى الطموح من جهة وإلى عدم اختيارهم الشخصي للمنصب من جهة أخرى، أما الفئة الثانية (66.66 %) فهي ترى بأن المنصب مناسب وهم راضون عن ذلك، وحسب إجاباتهم فهم كلهم إطارات وأصحاب شهادات متخصصة.

أما فيما يتعلق بالمشاكل في مكان العمل، فإن كل الإجابات تدل على أنه هناك مشاكل أثناء تأدية المهام، وتتحصر هذه المشاكل حسب المستجوبين في ثلاث مصادر:

المصدر الأول: راجع لكثرة الانشغالات وتفرغ المهام بنسبة 33.33 %.

المصدر الثاني: راجع لثقل المسؤولية بنسبة 33.33 %.

المصدر الثالث: راجع لقلة الأجهزة خاصة على مستوى المصالح المتخصصة بنسبة 33.33 %.

وبخصوص المشاركة في اتخاذ القرارات داخل المؤسسة فإن الإجابات تباينت بين المشاركة من عدمها، وجاءت نسبة المشاركة (33.33 %)، في حين نسبة الذين يرون بأنهم لا يشاركون في اتخاذ القرارات تقدر بـ(66.66 %)، هذه النتائج لها علاقة مباشرة بالمنصب المشغول، حيث لاحظنا أن المناصب الإدارية هي فقط المعنية باتخاذ القرارات، أما الأخصائيين والموظفين فليس لديهم الحق في المشاركة في اتخاذ القرارات وهذا حسب ما جاء في استجابات أفراد العينة المستجوبة. لذلك فغن أفراد العينة يرون بأن عملية اتخاذ القرارات أحادية ومرفوضة في أغلب الحالات، وهي لا تخدم المصالح العامة للمؤسسة.

وغير بعيد عن عملية اتخاذ القرارات فإن هناك عملية إدارية مهمة كذلك ولها نتائج قوية على الوضعية العامة للمؤسسة، فإعداد الميزانية وتقسيمها ينعكس مباشرة على مختلف المصالح والأقسام، وحسب النتائج المسجلة فإن أفراد العينة المستجوبة غير راضيين عن تقسيم الميزانية ويرون بأنها عملية غير مخططة وغير عادلة، وهم غير راضيين عن ذلك، خاصة وأن هناك العديد من المصالح بحاجة إلى تجهيزات ومعدات وهي في أمس الحاجة إلى الاهتمام والتطوير، وهذا ما تؤكدته كذلك إجاباتهم حول مدى كفاية المعدات والوسائل العلاجية المتوفرة، حيث سجلنا اتفاق كلي على أنها غير كافية تماما وهي بحاجة إلى تجديد واهتمام أكبر من طرف المعنيين، حفاظا على سلامة المؤسسة وعلى صحة المرضى وحياة المواطنين.

وبالنظر إلى الواقع الصحي فإننا نسمع بان هناك إنفاق كبير على القطاع الصحي لكنه يبقى مريضا وبحاجة إلى إسعاف، فالمؤسسات الاستشفائية لم تعد قادرة على التكفل بالمرضى، ولم تقدر على تحقيق ما هو مطلوب منها، لاسيما على مستوى المصالح والأقسام المتخصصة، والتي هي بحاجة إلى تجهيزات ومعدات متخصصة، وإلى إطارات وكفاءات قادرة على استقبال الحالات المرضية، والتكفل بها على أحسن وجه.

أما بخصوص الامتيازات الشخصية في المؤسسة فإن أفراد العينة المستجوبة تؤكد بأنه ليس هناك امتيازات بتاتا، وان كل فرد منهم مسؤول عن وظيفته ومطالب بالقيام بمهامه دون المطالبة بأي نوع من الامتيازات، والعلاقة مع الهيئة الإدارية علاقة عادية مشحونة بالصراعات والاحتجاجات في أغلب الأحيان، كما أنهم غير راضيين تمام بالحوافز المقدمة لهم، وهي لا تعكس الأدوار التي يقومون بها، ولا الشهادات التي يحملونها، لكن المكانة بين الزملاء محترمة دائما، وكل واحد منهم يحتر الآخريين ويحس باحترام الآخريين له.

إن هذه النتائج تجعل من أفراد العينة المستجوبة غير راضيين عن مستوى الحالي للمؤسسة فهم يرون بأنها ضعيف إلى دون المتوسط، ولم ترقى إلى ما هو منتظر منها، سواء بالنسبة للمواطن أو بالنسبة للعاملين بها، وهو ما دفع بـ(66.66%) من أفراد العينة إلى التفكير في مغادرة المؤسسة في حال توفر مكان عمل آخر محترم ومريح، وذلك راجع إلى كون المناخ التنظيمي السائد بها غير مناسب، ويبقى التأطير غير كافي تماما وبحاجة إلى تدعيم خاصة الاختصاصيين، والأطباء ذوو المهارات والخبرات اللازمة.

وتبقى أكثر المشاكل انتشارا بالمؤسسة هي مشكلة الإهمال واللامبالاة، ويبقى الضحية الوحيد هو المريض الذي يجد نفسه دائما مهمشا، ولا يحض بالاهتمام والرعاية الصحية المطلوبة، رغم وجود إطارات واعية ونقابة عمالية تنشط دون فعالية ودون تأثير على الوضع العام بالمؤسسة.

7-4- تحليل نتائج المقابلات :

1 - المسؤولين الإداريين: من خلال المقابلتين التي أجريتا مع مدير المستشفى ونائب مدير المستشفى فإنهما قد تولا منصب المسؤولية والإدارة، مع تسيير قطاع خدماتي حساس كالمستشفى وذلك خلال نوع الشهادة المتحصل عليها، إضافة إلى خبرتهم المسبقة بطرق التسيير ومنهجية الإدارة، كما ان طريقة توظيفهما تمت عن طريق قرار وزاري .

- أما فيما يخص المشاكل والصعوبات التي تعرقل أدائهم لمهامهم هو عدم تمكنهم من إرضاء جميع رؤساء المصالح من ناحية تلبية كل متطلباتهم العلاجية المستمرة التي تتجاوز في بعض الأحيان حدود المعقول، بالإضافة إلى الصراع الموجود بين المطلوب والموجود، فما هو متوفر لا يحقق كل الطلبات المقدمة .

فالميزانية المقدمة غير كافية لتوفير المتطلبات العلاجية، وكذا الأجهزة والمعدات والأدوية للتطفل بجميع أنواع الأمراض، ومختلف الحالات الطارئة والاستعجالية.

- من ناحية اتخاذ القرارات فالمدير لديه الحق في إصدار القرارات النهائية، لكن بعد التفاوض والمناقشة مع رؤساء المصالح لتكون هناك موافقة جماعية لا يحدث فيها اختلاف وتناقض، كما للمدير الحق في المشاركة في اتخاذ القرارات التي تكون بين المجلس الإداري والمجلس الطبي باعتبار المدير عضو في المجلس الإداري، وهو المسؤول الأول عن العمليات الإدارية واتخاذ مختلف القرارات الداخلية المتعلقة بسير العمل وحالة كل الأفراد والمصالح.

- كما يعتبر المسؤولين الإداريين أن معظم القرارات المتخذة تكون على شكل قوانين وزارية لا يمكن تغييرها ولا بد من ضرورة المطالبة بالالتزام بها، لكن القرارات المتخذة من قبلهم و تقبلها من طرف رؤساء المصالح لا يكون حسب ما تنصب عليه .

- وفيما يخص رفضهم لبعض القرارات فيكون أثناء عدم خدمتها للمصالح الاستشفائية .

- تقسيمهم للميزانية يكون بعد المراقبة المستمرة لجميع الوحدات العلاجية لتتنبؤ بتقديرات الميزانية والمتمثلة في نفقات حاجيات للمصالح وأجور العمال، لكن هناك صعوبة في تقسيمها لأنها لا تكفي لتلبية جميع الحاجيات العلاجية للمصالح هذا ما يخلق المشاكل بين المسؤولين الإداريين والأطباء.

- الوسائل العلاجية المعمول بها داخل المستشفى حسب المسؤولين الإداريين تختلف من البسيطة والمتطورة التي تم توفيرها حديثا لتحسين الخدمات المقدمة وتخفيف العناء على المرضى وتجنب المشاكل والصراع الذي يقع بين السلكين والذي يمكن أن يخل باستقرار النظام الاستشفائي .

- أما من حيث الامتيازات والحوافز المقدمة، فهم راضين عليها باعتبارهم هم المسيرين لديهم امتياز اتخاذ القرارات والفصل في القضايا، أما الحوافز المادية فهم يعتبرونها تكفيهم لتلبية حاجياتهم الضرورية والكمالية .

- تختلف العلاقة التي تجمع المسؤولين الإداريين مع رؤساء المصالح وذلك حسب شخصية كل طرف لكن تبقى علاقة عمل وتنسيق المهام مع التعاون والاحترام المتبادل ، هذا ضمانا لسيرورة العمل، والحفاظ على المناخ السائد والجو العام الذي يسود المستشفى.

- إن أهم المشاكل التي يواجهها المسؤولين الإداريين مع رؤساء المصالح هو عدم تسييرهم الجيد للمصالح الاستشفائية مع عدم انضباطهم في العمل و احترام قوانينه، والتهاون في أداء الخدمات العلاجية مع عدم الاعتناء بالوسائل العلاجية للمستشفى هذا ما يخلق معظم المشاكل الداخلية بالمستشفى .

- إن أصحاب السلطة الإدارية غير مهتمين بما يراه بقية العمال، فهم يسعون لإبراز مكانتهم من خلال أدائهم لدورهم التسييري الحسن والحفاظ على مكانتهم ومركزهم الوظيفي دون الالتفات إلى الجوانب التنظيمية أو العلائقية.

- مدراء المستشفيات يرون بان مستوى المؤسسة الاستشفائية قد ارتقى أكثر مما كانت عليه، من ناحية إدخال تخصصات جديدة، وتوسيع مصالحتها وتوظيف أطباء مختصين مع توفير بعض الأجهزة و الوسائل العلاجية التي تساهم في عملية تقديم العلاج بأحسن كيفية وعلى أكمل وجه.

- إن معظم المسؤولين الإداريين لا يريدون أن يغيروا مكان عملهم، نظرا للمكانة التي يحتلونها مع ما حققوه من تغيير للأحسن من خلال هذه المكانة إلا إذا كانت ظروف استثنائية فقط .

2 - المسؤولين الطبيين: نستنتج من خلال تصريحات رؤساء المصالح ما يلي:

- معظم الأطباء تم توظيفهم كرؤساء مصالح من قبل مدير المستشفى بفعل خبرتهم الميدانية، رغم أنهم أطباء عاديون وهذا لعدم وجود أطباء أساتذة وأخصائيين داخل المصلحة أكثر كفاءة، لكن وزاريا يتم تعيين أطباء أخصائيين كرؤساء مصالح لديهم خبرة أكثر من خمسة سنوات، وهذا من شأنه أن يساهم في السير الحسن للوظائف الطبية والاعتناء أكثر بالمرضى، وبالمستشفى ككل.

- تختلف المشاكل من مصلحة إلى أخرى حسب ما صرح به رؤساء المصالح، واغلبها هو عدم توفير ظروف عمل لائقة للأطباء والمرضى قصد أداء الخدمات الصحية على أحسن شكل وهذا راجع إلى سوء التسيير وعدم وجود عقلانية في الإدارة مع ابتعادهم عن الحوار والنقاش مع رؤساء المصالح بعقد ملتقيات واجتماعات لمعرفة المشاكل والخروج باقتراحات وقرارات تطبق ميدانيا، هذا ما يسبب كثرة الأخطاء الطبية بسبب التهاون الإداري، ما يجلب جو اختلاف وصراع دائم بين الطرفين

- لا يشارك دائما رؤساء المصالح مع المسؤولين الإداريين أثناء اتخاذ القرارات إلا في حالة وقوع أمر طارئ أو في حالة مطالبة رؤساء المصالح بضرورة عقد اجتماع لطرح انشغالات السلك الطبي ، هذا ما يولد خلافات مع السلك الإداري لعدم خدمة جميع القرارات المتخذة للمصالح العام ، هذا ما يولد الفوضى الداخلية و عدم استقرار النظام الاستشفائي .

- أما فيما يخص القرارات المتخذة فهي غير ناجعة لأنها لا تشمل جميع النقاط و لا تأخذ بكل النقائص ، مع حسن دراستها التي لا تكون بالاتفاق الجماعي بين المسؤولين الإداريين و رؤساء المصالح هذا يؤدي إلى رفض معظمها مع المطالبة بضرورة تغييرها .

- باعتبار رؤساء المصالح مسؤولين على تقديم الأحسن للمصلحة مع الحفاظ على مكانة المصلحة و مكانة منصبهم فلم الحق في رفض بعض القرارات التي يجدونها لا تساهم في تقديم العلاج الحسن للمرض ، أما القرارات المتخذة من خلال الاجتماعات لا يتم تطبيق جميعها ميدانيا هذا ما يسبب المشاكل بين السلكين و يكون بالسعي الدائم وراء تطبيقها و إذا كان الرد هو الامتناع يتم اللجوء إلى النقابة كواسطة لحل تلك المشاكل - من ناحية تقسيم الميزانية فأغلبية رؤساء المصالح يرون بان هناك تهاون من طرف الإدارة في تقسيمها حسب متطلبات المصالح لتلبية جميع احتياجاتهم ، كما أن التلاعب بأموال مخصصة لتمويل المصالح الاستشفائية يولد الخلافات و الصراعات في حالة بروز دلائل تلك التلاعبات .

- الوسائل العلاجية حسب معظم رؤساء المصالح و المعمول بها هي غير كافية للقيام بتشخيص دقيق و كامل للحالة المرضية للمعالجين ، و عدم وجود الصيانة الدائمة و المستمرة هو ما يسبب تلف معظمها و يؤدي إلى تعطل العمل فيكون استنزاما من إرسال معظم المرضى إلى مستشفيات أخرى ، هذا ما يحدث خلافات حادة نظرا لما يعانیه الطبيب و المريضين

كما يعتبرون ان ليس لهم امتيازات شخصية كالمسؤولين الإداريين من ناحية اتخاذ القرارات و الفصل النهائي في بعض القضايا ، أما الحوافز المقدمة فهم غير راضيين عليها لأنها لا تكفي لحاجياتهم الضرورية و الكمالية و حتى للقيام بالبحث العلمي . فالأجر لا يتناسب مع مستواهم العلمي و المعرفي هذا ما سبب إضرابات داخلية من اجل زيادة الأجر المدفوع .

مثل نوعية العلاقة التي تجمع الإدارة مع الأطباء في علاقة العمل، لكن ينقصها الحوار والنقاش إلى جانب التفاهم و هذا راجع إلى تشدد آراء كل طرف

- حسب تصريحات رؤساء المصالح فقد واجهتهم مشاكل مع بعض المسؤولين الإداريين، وهذا راجع إلى تمسكهم بأرائهم وقراراتهم رغم خطئهم، هذا اعتزازا بمكانتهم السلطوية وافتخارهم بها تحت فكرة أنهم أصحاب التسيير والإدارة على عكس رؤساء المصالح وأصحاب الوقاية والعلاج - فيما يخص تقييم مكانة رؤساء المصالح على أدائهم لمهامهم التسييرية والعلاجية . فمعظم المرضى يحترمون رؤساء المصالح و يقدرون مجهوداتهم المبذولة بخلاف الإدارة التي تنقص من دورهم وتقلل من مكانتهم رغم ما يقومون به، لكن هدفهم هو أداء مهامهم الخدمائية العلاجية بضمير مهني لإنقاذ حياة المرضى المعالجين.

- معظم رؤساء المصالح يرون بان المؤسسة الاستشفائية ما زالت لم ترقى إلى مستوى خدمات صحية لائقة بسبب ما تعانیه على مستوى تاطير المسيرين وتكوين اليد العاملة التقنية

- تختلف نظرة رؤساء المصالح حول تغيير مكان العمل للانتقال للعمل بمؤسسة استشفائية أخرى و منهم من يرغب في الانتقال للعمل بمؤسسة استشفائية أخرى. إلا إذا كانت الظروف المادية و التنظيمية والمعنوية المقدمة أحسن مما هو عليه، ومنهم من لا يرغب في ذلك وهذا لحبه لعمله والمكان الذي يعمل فيه .

عضو في النقابة :

- إن حب مهنة الدفاع عن حقوق العمال مع تسوية المشاكل الداخلية بالمستشفى هو ما دفع بعض العمال من كل السلكين الإداري و الطبي للانضمام إلى الفرع النقابي

- معظم الخلافات التي تعيق مسار العمل هو وجود مشاكل داخل المصالح التي تؤثر على تنسيق المهام بين المسؤولين الإداريين و الأطباء ، لذا مهام النقابة هو تسوية تلك الأوضاع التي تؤثر بالسلب على الخدمات الصحية .

- أما من ناحية اتخاذ القرارات فهم لا يشاركون في اتخاذها ، بل يقومون بالتدخل في حالة وقوع خلافات من الأطباء و الإدارة .

- تعتبر النقابة التسرع الذي تعرفه الإدارة في اتخاذ القرارات الغير ناجعة ، سببه جهل قوانين التسيير و بالتالي لا تعطي أهمية بالرغبات الشخصية لجميع أفراد المؤسسة .

- كما يعتبر تقسيم الميزانية بدون تخطيط استراتيجي مسبق هو سبب وقوعها في صعوبات و عراقيل تؤدي إلى تولد الصراع ما بين الطرفين لمطالبتهم الدائمة بضرورة توفير عمل و علاج لائق .

- أغلبية المشاكل والصراعات التي تقع بين الإدارة و الأطباء سببها عدم توفير الوسائل العلاجية .

- أما فيما يخص الحوافز المقدمة خاصة المادية منها فهي غير كافية خاصة التي تقم لرؤساء المصالح لذا واجب على النقابة الدفاع على حقوق هذه الفئة ذات المستوى العلمي و المعرفي

- عدم وجود حوار وثقافة واتصال بين المسؤولين الإداريين ورؤساء المصالح نظرا لأنانيتهم وعدم تقفهم ببعضهم البعض، هذا ما يجعل المؤسسة الاستشفائية تبقى تتخبط في المشاكل رغم الإصلاحات التي تشهدها.

9- مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج:

ومن خلال الجداول المعروضة مع تحليل معطياتها إضافة إلى المقابلات التي قمنا بها مع الملاحظات التي لمناها داخل التنظيم الاستشفائي سنحاول مناقشة فرضيات الدراسة انطلاقاً من هذه النتائج.

أولاً: بالنسبة للفرضية الأولى:

1- القرارات المتخذة:

من خلال النتائج توصلنا إلى أن هناك انفراد في التسيير الإداري من ناحية اتخاذ القرارات الاستشفائية الخاصة بالعمال التقنيين دون إشراك أصحاب الميدان الذين هم على اطلاع دائم لما يحدث داخل المصالح العلاجية، وما هم بحاجة إليه من إمكانيات مادية وبشرية إضافة إلى التعديلات التي لا بد أن تحدث داخلها من ناحية التوسيع أو التغيير أو بناء أقسام جديدة، وكذا تجهيز مصالح المستشفى بما تحتاجه من أجهزة ومعدات وأدوية، فالإدارة هي التي تقرر ما تشاء، وتتخذ أي قرار دون الرجوع إلى أهل الاختصاص من أطباء وممرضين، واعتبارهم موظفين ليس لهم الحق في المشاركة في اتخاذ القرارات.

وهذا ما بينه لويس كوزر من خلال نظريته على أنه من بين أسباب الصراع هو ضعف ونقص الاتصال الذي يسمح بالتعبير بكل حرية عن عدم العدالة وعدم التوازن في توزيع الثروة داخل التنظيم وهذا ما أكده كذلك هيربرت سيمون من خلال نظرية اتخاذ القرارات على أن التنظيم هيكله رسمي وتوازنه يتحقق من خلال عمليات الاتصال التي تتم بين أعضائه في إطار أن يعرف كل فرد منه ما يتعين عليه انجازه. هذا ما ينقص تسييرنا الاستشفائي .

فضعف القرارات وعدم جديتها وفعاليتها ميدانياً ينقص الثقة بين المسؤولين الإداريين وجميع العمال بالمستشفى خاصة الأطباء والممرضين، فيسبب مشاكل يمكن أن تتفاقم إلى صراع حاد بين المسؤولين الإداريين ورؤساء المصالح تعيق التغيير للأحسن، خاصة قرارات تقسيم الميزانية قرارات توزيع الإمكانيات الاستشفائية وقرارات تقديم الحوافز والامتيازات.

فالمشاركة في اتخاذ القرارات بين المسؤولين الإداريين ورؤساء المصالح زيادة على الاجتماعات القانونية المتفق عليها وزارياً من طرف الطاقم الإداري والطاقم الطبي، هذا لمعرفة جميع انشغالاتهم واحتياجاتهم الميدانية مع تدارك النقائص وإيجاد حلول ناجعة مع الخروج بقرارات متفق عليها تخدم مصلحة الجميع وبالأساس المنظمة الاستشفائية وبالتالي المتقدم للعلاج هذا ما يحدث استقرار النظام الاستشفائي العمومي ويحافظ على سيرورته .

2- الحوافز والامتيازات المقدمة:

الحوافز المقدمة من طرف إدارة المستشفى خاصة المادية من الأجور وملحقاته لا ترضي السلك الطبي خاصة رؤساء المصالح نظراً للتكوين المعرفي والثقافي، مع المجهود العملي لإنقاذ حياة المرضى والسهر على شفائهم فالجهد المبذول لا يتناسب ولا يتماشى مع الحوافز المقدمة، وحسب كارل ماركس فإن عدم وجود عدالة

في توزيع الثروة كالحوافز المادية باعتبارها حق واجب الحصول عليه مقابل خدمة مقدمة هو سبب في ذلك التصارع، مع التأخر في تقديم الحوافز المادية يسبب احتجاج من طرف أعضائها إلى غاية دخول النقابة كوسيط لحل ذلك النزاع، هذا ما استخلصناه من خلال مقابلات التي أجريناها مع رؤساء الأقسام إضافة إلى انعدام الدعم المعنوي من طرف المسؤولين الإداريين الذي يكون كدافع لزيادة حماس السلك التقني لزيادة العمل كالتحاور والاتصال الجاد فيما بينهم مع شكرهم وتكريمهم على مجهوداتهم، إلا أن الواقع الاستشفائي ودراستنا الميدانية كشفت لنا بان كل مسؤول يسعى وراء تلبية حاجياته الشخصية بطرق ملتوية تحقق له ذلك أما بالاتفاق مع بعض رؤساء الأقسام وتقاسم تلك المصالح، لكن أنانية كل طرف والتخوف من تفوق احد الأطراف تسبب اختلافات وصراعات التي تؤثر على الخدمات الصحية المقدمة.

لذا لابد من وجود مراقبة من طرف سلطات عليا من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات فيما يتم صرف نفقات الميزانية المقدمة والتجاوزات التي يمكن أن تحدث في حق المواطنين المعالجين الهدف هو فرض الانضباط الداخلي .

3-نظام الاتصال والحوار:

عدم وجود نظام للإعلام والاتصال سببه انعدام لغة الحوار بين الإدارة من جهة وسلك الأطباء خاصة من جهة أخرى ساعد في ظهور النزاعات فمستشفى الزهراوي يفتقر إلى وسائل اتصال داخل وإلى قنوات اتصال فعالة تسهل المهام وتقلص في الوقت والمسافات بين مختلف المصالح والإدارة. والاتصال الفعال ضروري لنجاح المؤسسة، هذا ما أوضحه التون مايو من خلال نظريته العلاقات الإنسانية وهو توفير للعمال بعض الامتيازات في إطار رسمي، كالمشاركة في اتخاذ القرارات لتكثيف جميع العمال مع المحيط الذي يعملون به وإحداث توافق فيما بينهم، لكن هذا عك ما لاحظناه وما صرح به المسؤولين.

فعدم معرفة الأطباء لأغراض الإدارة وسياستها ساعد في ظهور مشاكل العمل فرغم تواجد اتصال بينهما إلا انه ينحصر أساسا في مجال الاجتماعات التي يحددها القانون والتي أصبحت غير كافية لإيجاد تكامل بين عمل الإدارة .

وبالتالي الفرضية الأولى المتعلقة بتسارع كل من السلطة الإدارية والسلطة الطبية لاتخاذ القرارات من أجل الحصول على امتيازات يولد صراعا الذي يؤثر على نوعية الخدمات الصحية قد تحققت ميدانيا.

ثانيا - بالنسبة للفرضية الثانية:

1- التكوين:

من خلال دراستنا الميدانية بمستشفى الزهراوي لاحظنا عدم وجود تأطير جيد انعكس على جو العمل وبالتالي مردودية المستشفى مما جعل الإطارات غير راضية على وضعيتها داخل المستشفى لان مدير المستشفى لا يخصص نصيب من الميزانية لتكوين أعضاء السلك التقني ليكونوا على تطلع دائم لمستجدات البحث العلمي، من ناحية طرق العلاج ونوعية الأدوية الحديثة وكيفية استعمال الأجهزة العلاجية الحديثة باعتبارها تجد نقص في تكوينها في الميدان والإدارة، فحجة الإدارة عدم كفاية الميزانية للقيام بتكوين لجميع الإطارات خارج الوطن، أما من جهة رؤساء الأقسام بأن المسؤولين الإداريين يصرفون تلك الأموال المخصصة في أشياء ترضي رغباتهم الشخصية. والسبب الأساسي الذي يخلق الصراع عدم توفير السلطات العليا الإطارات اللازمة التي تسمح بحل هذه المشاكل، مما يخلق نزاعات حادة .

2- نظرة الأطباء والإداريين لمدير المستشفى:

حسب ما تحصلنا عليه فإن النتائج تبين عدم وجود كفاءة في التسيير، وهذا راجع إلى عدم وجود مسيرين أكفاء قادرين على تسيير المؤسسة كما ينبغي، وحسب لويس كوزر فإنه عدم التوزيع العادل للسلطة من حيث وضع الأشخاص الغير مناسبين لإدارة المنظمة، ويرجع هذا كله إلى عدم توفير إطارات ومدارس متخصصة في ميدان التسيير والتي تسند إليها مهام تسيير المؤسسة الصحية لتكون لها فاعلية كبيرة و قدرة في التحكم ومعالجة المشاكل داخل هذه المنظمة.

3- تكوين شخصية الطرف الآخر :

يختلف كل مسؤول سواء من السلك الإداري أو التقني في طريقة التعامل والاتصال ومناقشة الأمور، مع تباين ردود الأفعال أثناء وقوع المشاكل والاختلافات مع كيفية حلها وإدارتها وحسب التحليل الاستراتيجي لميشال كروزي أن فهم أسباب ذلك الاختلاف يتحدد من خلال البحث في طبيعة العلاقات الاجتماعية داخل التنظيمات من خلال تكويناتهم التي تحدد شخصياتهم والاستراتيجيات التي يتبناها كل واحد منهم، فالدراسة الميدانية والمقابلات التي أجريناها تبين أن الاختلاف في الموقع الجغرافي لكل مسؤول تسبب الاختلاف في التفكير، فأعضاء المنطقة الواحدة بينهم تفاهم واتفاق أكثر من الآخرين وحتى طبيعة التكوين والسن كلها عوامل تحدد طريقة التفكير والتعامل إضافة إلى عوامل فطرية ومكتسبة كالقيم باختلافها وثقافة الشخص كلها عوامل في السلوك وتصرفات المسؤولين فيما بينهم بين المرضى لكن يحدث تصادم في الآراء والأفكار خاصة أثناء إصدار القرارات وإمكانية تقبلها من جميع الأطراف فالرفض هو مولد الصراع قصد تغييره لان الابتعاد نهائيا عن الصراع يكون بالعمل بموضوعية والابتعاد عن الذاتية .

ومنه فالفرضية المتعلقة بالتباين في الخصائص الشخصية (القيم، المعتقدات، الثقافة،

التكوين) وتصور الطبيب لمكانته يولد صراعا بالمؤسسة قد تحققت ميدانيا.

ثالثا- بالنسبة للفرضية الثالثة:

1-المشاكل الداخلية :

ارتباط مشكلة الصراعات بالمشاكل المهنية وهذا راجع إلى عدم توفير جو عمل مناسب للسلك التقني، قائم على أن الإدارة تخطط بصفة محكمة وقادرة على تسيير مصالح المستشفى بطريقة علمية مما يمكن السلك الطبي للقيام بمهامها على أكمل وجه ، فالمناخ التنظيمي السائد بالمستشفى لا يشجع على العمل وعل رفع الروح المعنوية للعمال وزيادة دافعيتهم للعمل، سواء تعلق الأمر بعملية الاتصال داخل المؤسسة أو العلاقات الإنسانية والاجتماعية السائدة، أو العلاقة بين مختلف الفئات المهنية والإدارة، فكلها تشهد نقصا من حيث التفعيل والتجسيد الميداني بما يخدم المصالح الطبية وكذا المصالح الإدارية.

2- القانون الاستشفائي:

وجود فراغ من الناحية القانونية والذي يساهم في بروز الصراع بين السلكين والذي يعود إلى أن القاعدة القانونية تحدد فقط صلاحيات الإطار الإداري، ولكن لا تبيّن المجال والصلاحيات التي تمكن للمسير أن يتدخل في عمل السلك الطبي .

فبالرغم من اللوائح الداخلية والمنشورات الوزارية التي كل مرة تحاول رسم خارطة جديدة داخل المستشفيات الجزائرية، تضبط من خلاله خطوط السلطة وحدودها، وتوزيع الوظائف والمسؤوليات، إلا أننا لمسنا شبه غياب لقانون داخلي يوجه كل فرد في اتجاه المصلحة العامة للمستشفى ويضبط من خلاله الحقوق والواجبات.

3-الضغوط الخارجية :

معظم المبحوثين وعلى رأسهم رؤساء الأقسام يعانون من ضغوط خارجية تؤثر على أدائهم للعمل و أكثرها الضغوط الاجتماعية فمنهم من هو غير متزوج أو ليس له مسكن خاصة به مما يولد له مشاكل أسرية تؤثر على أدائه للخدمات العلاجية، هذا ما يسبب اختلافات مع المسؤولين الإداريين أثناء الإخلال بأدائهم للمهام العلاجية .

كما أن الوضع الحالي في المستشفيات الجزائرية أدى إلى خلق ضغوط خارجية كبيرة على كل فرد من أفراد المؤسسات الاستشفائية، على اعتبار أن العلاقات غير الرسمية هي التي أصبحت تسيّر العديد من الأنشطة الداخلية وتتحكم في المهام والخدمات، حيث مثلا العمليات الجراحية داخل المستشفى لم تصبح من حق أي مواطن مريض، بل الحق فقط لمن يملك وساطة داخل المستشفى، أو أنه ينتظر ويتحمل الآلام إلى أن يفقد الأمل ويتوجه إلى القطاع الخاص وبأموال باهضة.

فالطبيب أو الممرض يعيش في مجتمعه تحت ضغط المنصب الوظيفي، والمكانة الاجتماعية، وما يحتاجه أفراد بيئته من خدمات صحية أو علاجية داخل المستشفى، فهو دائما في عمل حتى ولو كان في فترة استرجاع أو عطلة .

4- الوضعية الاستشفائية الحالية ومستقبلها:

معظم رؤساء المصالح يعتبرون أن هناك تحسن في الأوضاع الاستشفائية بخلاف ما كانت عليه سابقا، من خلال التقدم العلمي الاستشفائي.

إلا أن المستشفى التي أجريت بها الدراسة مازالت تعاني النقص بالمقارنة بمستشفيات أخرى عامة أو خاصة من ناحية توفير جميع الإمكانيات من المادية والبشرية وحتى التنظيمية في إطار موضوعي مبني على المساواة والعدالة في التسيير والإدارة يتخلله الضمير المهني وهو تقديم أحسن الخدمات العلاجية هذا ما قد يؤدي إلى توجه معظم الأطباء والمرضى إلى القطاع الاستشفائي الخاص .

فمن خلال ما تقدم، ومن خلال ما توصلنا إليه من دراستنا هذه، فإننا نستنتج بأن الطبيب يتصرف وفق تصوره لمكانته داخل المستشفى.

وبالتالي الفرضية الثالثة المتعلقة إدارة المنظمة الاستشفائية ودون التوقف عن توازن

السلطات لا يسمح بالتطور الإداري لها قد تحققت.

رابعا - بالنسبة للفرضية الرابعة:

11 - كيفية الحد من الصراع وإدارته:

من خلال النتائج المتعلقة بأساليب واستراتيجيات حل الصراع العمالي، فإن المصالح الإدارية هي المسؤول الأول عن وضع هذه الحلول واختيار الأسلوب المناسب، مع مشاركة الجميع في تجنب الوقوع في أي صراع كان مهما اختلفت أسبابه ودوافعه.

وللابتعاد عن الاختلافات والصراعات لابد من توظيف الرجل المناسب في المكان المناسب، أي الأشخاص الذين لديهم تكوين في تسيير المستشفيات مع الخبرة المسبقة في الميدان ليكونون على دراية بما يقومون به ويجدون حلول مسبقة للمشاكل قبل الوقوع فيها، مع التنسيق في المهام بين السلكيين بما هو في مصلحة الجميع .

حسب كارل ماركس فإن حل الصراع وإدارته يكون من خلال الوعي بالواقع التنظيمي وواقع العلاقات المفروضة، هذا يعني فهم الظروف المحيطة بالعامل والعمل مع ضرورة إقناع أعضاء النسق بوجوب التغيير، أما ميشال كروزي فيرى أن فهم الصراع والعمل على إدارته يكون من خلال فهم العلاقات بين الأفراد من أجل الحصول على عقلانية موازية لعقلانية التنظيم الرسمي.

فمن خلال ما تقدم وما توصلنا إليه من خلال دراستنا هذه فإن إدارة الصراع تكون من خلال اكتساب ثقة جميع العمال بالمستشفى ودفعهم نحو تحقيق الأحسن للمنظمة الاستشفائية، وتدخّل الإدارة في الوقت المناسب وبأسلوب المناسب.

وبالتالي فالفرضية الأخيرة المتعلقة بمسؤولية الإدارة في حل الصراع قد تحققت ميدانيا . الاستنتاجات العامة:

- 1- من خلال عرضنا للنتائج ومناقشة مختلف الفرضيات تمكنا من استخلاص النتائج التالية:
 - 1- هناك علاقة صراع دائمة ومستمرة بين المسؤولين الإداريين والمسؤولين الطبيين.
 - 2- انفراد الإدارة باتخاذ القرارات يشكل مصدرا من مصادر الصراع داخل المستشفى.
 - 3- عدم كفاية الميزانية المقدمة من طرف الوزارة أدى إلى عدم عدالة التوزيع وبالتالي عدم رضا الأطباء ورؤساء الأقسام .
 - 4- عملية التشاور بين الهيئة الطبية والهيئة الإدارية سطحية ولا ترقى إلى مستوى التخطيط الناجح الذي يحقق أهداف كل منهما.
 - 5- يعاني المستشفى من مجموعة من المشاكل التنظيمية والتسييرية وعلى رأسها نجد نقص المختصين من أطباء وممرضين بالإضافة إلى قلة التجهيزات والوسائل العلاجية.
 - 6- قلة الامتيازات المقدمة للأطباء والإداريين من دورات تدريبية وتحفيزات معنوية أدت إلى عدم الرضا لدى كل أفراد الهيئتين.
 - 7- ازدواجية السلطة يؤدي في اغلب الأحيان إلى ظهور صراع بين السلكين.
 - 8- أغلبية أفراد المستشفى يشاركون في حل الصراعات العمالية ، والإدارة هي المسؤول الأول عن وضع استراتيجيات وأساليب لحل هذه الصراعات.
 - 9- الواقع التنظيمي داخل المستشفى أفرز عدة ضغوطات وعراقيل تحول دون تأدية الطبيب لمهامه وتتبا بالتحول إلى الأسوء سواء تقديم الخدمات الطبية، أو في العلاقات العمالية.

خاتمة

يعتبر المورد البشري من أهم العناصر التي تعتمد عليها المنظمات في مزاوله نشاطها بصفة طبيعية، حيث لكل فرد داخل التنظيم له مركزه و دوره، وحتى يكون هناك تكامل في المهام الموكلة للأفراد هناك شبكة اتصالات وظيفية داخل المنظمة تسهل عملية تبادل المعلومات و الاستفسارات عن ظروف العمل، حيث يكون هناك ترابط وظيفي بين الأفراد مما يجعلهم في حالة تفاعل مستمر، هذه الأخيرة التي قد تنتج عنها مواقف تعاون و تماسك كما قد ينجر عنها تعارض و راع داخل المنظمة، ومنه فالصراع كعملية اجتماعية أمر حتمي داخل كل تنظيم و يجب على إدارة المنظمة التعامل معه بإتباع أساليب و طرق علمية مع توظيف مهارات إدارية و معارف سلوكية.

وما نخلص إليه من خلال دراستنا هذه هو أن هناك فعلا صراع يدور في المؤسسة الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة، وهذا الصراع ما كان ليخدم التنظيم ولا يساعد في تطويره، بل العكس تماما فقد كان صراعا هداما يحطم تواجد المؤسسة و يخل باستقرارها، هذا الذي كان سبب عدم وجود تكامل و تنسيق في المهام و عمل مشترك أثناء اتخاذ القرارات المبنية على الحوار و النقاش الفعال في إطار ثقة اتصال ترضي الطرفين و تزيد من دافعيتهم نحو العمل الاستشفائي.

فالإدارة لها مهام التخطيط و تسيير الموال المخصصة لتمويل المستشفى حسب احتياجات المصالح بالاتفاق و التشاور مع رؤساء المصالح الذين لديهم مهمة العلاج و المراقبة الدائمة مع التسيير المحكم للمصلحة.

فعدم التكامل بين هذين الطرفين كانت نتيجة لتفاقم مشاكل عديدة سواء كانت مهنية أو اجتماعية والتي فتحت الأبواب على مصراعيها لتحطيم التسيير بالمؤسسة، مما جعل مهمة العلاج تتخضع باستمرار هذه الخيرة تمثل إحدى المؤشرات المهمة التي نحكم بواسطتها على نجاح المؤسسة أو فشلها، كما أن التوصل إلى إسناد حلول للتخفيف من حدة هذه الصراعات غير منوط بالسلطات العليا فقط، لكن يجب أن يكون هناك تعاون و رغبة مستمرة بين كل الأطراف المكونة للمظومة الصحية سواء كانت إدارية أو تقنية والتي بواسطتها نستطيع إرساء روح الحوار البناء بينهما و توفير المناخ الملائم لمعالجة المشاكل التي تتسبب في ظهور هذا الصراع.

ولا يخفى على أي أحد ما دور القوانين الواضحة و الصارمة التي بواسطتها نضع حدا لمثل هذه المشاكل الداخلية التي أصبحت تعيق تطور الصحة في البلاد ولهذا أصبح من الضروري محاربة هذا الصراع أكثر من أي وقت مضى، ولا يتأتى ذلك إلا برسم سياسة تعاون فيها السلطات العليا مع مختصين

في علم الاجتماع التنظيم الذين لديهم الخبرة الواسعة في إرساء حلول لمثل هذه المشاكل، وبالتالي نعيد الانتعاش في المستشفيات من جهة ، ومن جهة أخرى نعيد ثقة المواطنين اتجاه هذه المؤسسات بعد أن فقها وأصبح يلجأ إلى العيادات الخاصة.

المراجع

المراجع :

- 1 - ابن خلدون (عبد الرحمان) ، مقدمة ابن خلدون لكتاب العجم و ديوان المبتدأ و الخبر في أيام العرب و العجم و البربر من عاصرتهم من نوي السلطان الأكبر ، مؤسسة الطباعة لدار التحرير ، القاهرة ، 1966 .
- 2 - احمد إبراهيم (احمد) ، الإدارة المدرسية في مطلع القرن الحادي و العشرين ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، الطبعة الأولى ، 2003 .
- 3 - احمد توفيق (جمال) ، إدارة الأعمال مدخل وظيفي ، دار الجامعية لنشر و التوزيع ، الإسكندرية مصر ، 1999 .
- 4 - احمد مصطفى (خاطر) ، بهجت كشك (محمد) ، إدارة المنظمات الاجتماعية و تقويم مشروعات الرعاية ، المكتب الجامعي الحديث الازريرطة ، الإسكندرية ، مصر ، 1999 .
- 5 - احمد الخضيرى (محسن) ، التفاوض علم تحقيق المستحيل إطلاقاً من الممكن ، القاهرة ، 1988
- 6 - احمد السيد (مصطفى) ، إدارة السلوك التنظيمي ، جامعة نبهة ، مصر ، 2000 .
- 7 - أدال (روبرت) ، التحليل السياسي الحديث ، ت : أبو زيد علي و الهلالي علي الدين ، مركز الأهرام لترجمة و النشر ، القاهرة ، الطبعة الأولى ، 1993 .
- 8 - أكرم العدولي (محمد) ، العمل المؤسسي ، دار ابن حزم لطباعة و النشر و التوزيع الازريرطة مصر ، 2003 .
- 9 - اويحي (احمد) ، قانون الصحة ، وزارة العدل ، حرر بالجزائر في 9 ديسمبر 2003 .
- 10 - أيوب (نادية) ، نظرية القرارات الإدارية ، دار زهران ، عمان ، الأردن ، سنة 1993 .
- 11 - بدر شهاب (ابراهيم) ، معجم مصطلحات الإدارة العامة ، حقوق الطبع محفوظة للمؤلف بدون .
- 12 - بن عامر (سعيد) ، الاتصالات الإدارية و المدخل السلوكي لها ، دار المريخ ، الرياض ، سنة 1986
- 13 - بن نبي (مالك) ، مشكلة الثقافة ، ت : شاهين عبد الصبور ، مطبعة دار الجهاد ، القاهرة ، الطبعة الأولى ، 2002 .

- 14 - بن نعمان (احمد) ، سمات الشخصية الجزائرية من منظور الانثربولوجية النفسية ، لمؤسسة الوطنية للكتاب ، مصر ، 1988 .
- 15 - بهجت كشك (محمد) ، المنظمات و أسس إدارتها ، الازاريطة ، الإسكندرية ، مصر ، سنة 1995 .
- 16 - بوتومور (توم) ، علم الاجتماع السياسي ، ت: نظمي و ميص ، دار الطليعة ، بيروت ، الطبعة الأولى ، 1986 .
- 17 - بوحوش (عمار) ، الاتجاهات الحديثة في علم الإدارة ، المطبوعات الجامعية الجزائر ، سنة 1984 .
- 18 - بوفلجة (غياث) ، مقدمة في علم النفس التنظيمي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر OPU ، بن عكنون ، الجزائر ، 1992
- 19 - توفيق احمد (جميل) ، إدارة الأعمال ، المكتب العربي ، القاهرة ، سنة 1975 .
- 20 - تيرنر (جوفاتان) ، بناء نظرية علم الاجتماع ، ت: سعيد فرج محمد ، دار المعارف القاهرة ، سنة 2000 .
- 21 - حريم (حسين) ، إدارة المنظمات منظور كلي دار حامد لنشر و التوزيع عمان ، الأردن، الطبعة الأولى سنة 2003 .
- 22 - حسن خليل الشماع (محمد) ، مبادئ إدارة الأعمال ، وزارة التعليم العالي ، بغداد ، 1983
- 23 - حسن (راوية) ، السلوك التنظيمي المعاصر ، كلية التجارة ، جامعة الإسكندرية ، مصر، سنة 2002 .
- 24 - حسن (عادل) ، الإدارة مدخل الحالات ، كلية التجارة ، جامعة الإسكندرية مصر ، دون سنة .
- 25 - حنفي (عبد الغفار) ، السلوك التنظيمي و إدارة الأفراد ، جامعة الإسكندرية و بيروت العربية ، سنة 1997 .
- 26 - حنفي (عبد الغفار) ، السلوك التنظيمي و إدارة الموارد البشرية ، كلية التجارة الازاريطة الإسكندرية ، مصر ، 2002 .
- 27 - جاد عبد الوهاب (احمد) ، السلوك التنظيمي دراسة سلوك الأفراد و الجماعات داخل المنظمات الأعمال ، حقوق الطبع محفوظة للمؤلف ، 1996 .
- 28 - جي براون (ادوارد) ، الطب العربي ، ت: سليمان داود ، دار الشؤون الثقافية العامة بغداد ، الطبعة الثانية ، 1987 .
- 29 - خليل الحميلي (خيرى) ، الاتصال ووسائله في المجتمع الحديث ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر ، بدون سنة .

- 30 - دادي عدون (ناصر) ، اقتصاد المؤسسة ، دار المحمدية العامة ، الإسكندرية ، مصر ، الطبعة الأولى ، 1988 .
- 31 - درويش (ابراهيم) ، التنمية الإدارية ، القاهرة ، 1975 .
- 32 - دوفرجه (موريس) ، علم اجتماع السياسة ، ت: حداد سليم ، المؤسسة الجامعية لدراسات و النشر و التوزيع ، بيروت ، الطبعة الأولى ، 1991 .
- 33 - دياب (فؤاد) ، اتخاذ القرار كعملية أساسية في عمليات القائد الإداري ، الجهاز المركزي للتنظيم و الإدارة بالقاهرة ، مؤتمر القادة الإدارية ، الدورة ، الساعة 1963 .
- 34 - راغب النجار (فريد) ، التنظيم و العمليات الإدارية و التنظيمية وكالة المطبوعات، الكويت سنة 1963 .
- 35 - زغدودي (موسى) ، التنظيم الرادارية للقطاعات الصحية ، مديرية الإدارة الصحية ، مصر ، 1990 .
- 36 - زكي بدوي (احمد) ، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ، بيروت ، بدون سنة .
- 37 - زويلف (مهدي) ، العظايلة (علي) ، إدارة المنظمات نظريات و سلوك ، دار مجدلاوي لنشر و التوزيع ، الأردن ، الطبعة الأولى سنة 1996 .
- 38 - ساعاتي (أمين) ، الإدارة العامة ، الدار الجامعية الإبراهيمية ، الإسكندرية ، مصر ، 2002 .
- 39 - سليمان العميان (محمود) ، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال ، دار وائل للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، الطبعة الثانية ، 2004 .
- 40 - شريف (علي) ، الإدارة المعاصرة ، الدار الجامعية الإبراهيمية ، الإسكندرية ، مصر ، 2002 .
- 41 - شفيق (محمد) ، الإنسان و المجتمع ، المكتب الجامعي الحديث ، الازارطة ، الإسكندرية مصر 1997 .
- 42 - شيشوب (احمد) ، علوم التربية ، المؤسسة الوطنية للكتاب ، الجزائر ، 1991 .
- 43 - صقر عاشور (احمد) ، إدارة القوى العاملة الأسس السلوكية و أدوات البحث التطبيقي ، دار النهضة العربية لطباعة و النشر ، بيروت سنة 1983 .
- 44 - طاهري (حسين) ، الخطأ الطبي و الخطأ العلاجي في المستشفيات العامة ، دراسة مقارنة الجزائر ، فرنسا ، الطبع و النشر بوزريعة ، الجزائر ، سنة 2001 .
- 45 - عاطف غيث (محمد) ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية الازارطة الاسكندرية ، مصر ، سنة 1970 .
- 46 - عبد الرزاق حليبي (علي) ، علم اجتماع العمل النظرية و التطبيق ، دار المعرفة الجامعية الاسكندرية ، مصر ، سنة 1990 .

- 47 - عبد الرزاق حليبي (علي) ن علم اجتماع العمل النظرية و التطبيق ، دار المعرفة الجامعية الاسكندرية ، مصر ، سنة 1970 .
- 48 - عبد الفتاح الصيرفي (محمد) ، مفاهيم إدارية حديثة ، جميع الحقوق محفوظة للمؤلف، الطبعة الأولى ، الإصدار الأول ، سنة 2003 .
- 49 - عبد الله (محمد) ، السلوك الإنساني في المنظمات ، الشركة العربية للنشر و التوزيع ، القاهرة الطبعة الثالثة ، سنة 1994 .
- 50 - عبد الهادي (إبراهيم) ، المليحي (محمد) ، الإدارة مفاهيمها أنواعها و عملياتها ، دار المعرفة الجامعية الازاريطة ، الاسكندرية ، مصر ، سنة 2000 .
- 51 - عبيدات (دوفان) و آخرون ، البحث العلمي مفهومه و أدواته و أساليبه ، دار الفكر لطباعة و النشر ، الأردن ، الطبعة الخامسة ، بدون سنة
- 52 - عثمان الصديقي (سلوى) ، مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية و الاجتماعية ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ، سنة 1999 .
- 53 - عشوى (مصطفى) أسس علم النفس الصناعي التنظيمي ، المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر ، سنة 1986
- 54 - علي الشهيبي (محمد) ، السلوك الإنساني في التنظيم ، دار الفكر العربي ، مصر ، سنة 1990
- 55 - عمر (نادية) ، العلاقات بين الأطباء و المرضى ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، سنة 1993
- 56 - عنتر (جازية) ، أصول التنظيم و الإدارة ، مكتبة عين الشمس ، مصر ، الطبعة الثانية ، سنة 1990
- 57 - غريب (محمد) ، البحث العلمي ، التصميم الاجتماعي المعاصر و الإجراءات ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ، سنة 1982
- 58 - فايز النماس (احمد) ، الخدمة الاجتماعية الطبية ، دار النهضة العربية لطباعة و النشر ، مصر ، الطبعة الأولى ، سنة 2000
- 59 - فضل الله (علي فضل الله) ، نظريات التنظيم الإداري ، المطبعة العصرية ، الإمارات العربية المتحدة ، سنة 1981
- 60 - قباري (إسماعيل) ، علم الاجتماع الثقافي و مشكلات الشخصية في البناء الاجتماعي ، جامعة الاسكندرية ، مصر ، دون سنة

- 61 - قيس العبيدي (محمد) ، التنظيم المفهوم النظريات و المبادئ ، مطابع روايال لنشر و التوزيع ، القاهرة ، سنة 1997
- 62 - كارل (ماركس) ، رأس المال ، ت : البراري محمد ، المجلد الثاني ، دار الهدى لطباعة و النشر
- 63 - كينان (كيت) ، أسس الإدارة الناجحة ، ت: مركز التعريب سليمان نعمة ، الدار العربية للعلوم ، لبنان ، الطبعة الأولى ، سنة 1995
- 64 - لعويسات (جمال الدين) ، الإدارة و عملية اتخاذ القرارات ، دار هومة لطباعة و النشر و التوزيع ، بوزريعة ، الجزائر ، 2003
- 65 - ماهر (احمد) ، السلوك التنظيمي ، مدخل بناء المهارات ، المكتب المصري الحديث الاسكندرية مصر ، 1986
- 66 - ماهر عليش (محمد) ، تدريب العاملين لنهوض بقدراتهم ، الكويت ، 1976
- 67 - محمد عبد الباقي (صلاح الدين) ، السلوك التنظيمي ، الدار الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 2001
- 68 - محمد عبد الباقي (صلاح الدين) ، السلوك الفعال في المنظمات ، الدار الجامعية الاسكندرية مصر ، 2002
- 69 - محمد عبد الله (عبد الرحيم) ، أساسيات الإدارة و التنظيم ، كلية التجارة ، جامعة القاهرة ، مصر ، الطبعة الثانية ، 1988
- 70 - محمد عبيد (العاطف) ، شريف (علي) ، مذكرات في نظريات التنظيم و الإدارة ، حقوق الطبع محفوظة للمؤلف ، 1988
- 71 - محمد عفيفي (صديق) ، التفاوض الفعال في الحياة و الأعمال ، مكتبة عين الشمس ، مصر ، سنة 1996
- 72 - محمد علي (محمد) ، أصول الاجتماع السياسي ، السياسة و المجتمع في العالم الثالث، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، الجزء الثاني ، دون سنة
- 73 - محمد علي (محمد) و آخرون ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية لطباعة و النشر و التوزيع ، الازارطة ، الاسكندرية ، مصر ، دون سنة
- 74 - محمد علي (محمد) ، علم الاجتماع التنظيم ، دار الكتاب الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، الجزء الأول سنة 1973
- 75 - محمد علي (محمد) ، السيد عبد العاصي (السيد) ، قاموس علم الاجتماع ، جامعة الاسكندرية ، مصر ، دون سنة
- 76 - مذکور (إبراهيم) ، معجم العلوم الاجتماعية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، مصر ، سنة 1975

- 77 - محمد القذافي (رمضان) ، محددات الشخصية نظرياتها و اختباراتهما ، الجامعة المفتوحة طرابلس ليبيا ، 1993
- 78 - محمد المرسي (جمال الدين) ، عبد الرحمان ادريس (ثابت) ، السلوك التنظيمي نظريات و نماذج تطبيق عملي لإدارة السلوك في المنظمة ، الدار الجامعية لنشر و التوزيع ، الاسكندرية ، مصر ، 2000
- 79- محمد المغربي (كامل) السلوك التنظيمي مفاهيم و أسس سلوك الفرد و الجماعة في التنظيم دار الفكر للنشر و التوزيع ، الاسكندرية ، مصر ، 1994
- 80 - محمود عبد الوهاب (علي) ، التكوين و التطوير ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، 1981
- 81- محمود عوض (عباس) ، القيادة و الشخصية ، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان ، 1986
- 82 - مداس (فاروق) ، التنظيم و علاقات العمل ، دار الطبع و النشر ، مؤسسة الإخوة مدني ، بدون سنة.
- 83 - نصر المنصورة (عامر) نظرية القرارات الإدارية ، مفاهيم و طرائق كمية إدارية ، مكتب الحامد للنشر و التوزيع ، عمان ، 2000
- 84 - نصير (حسن) و آخرون ، الإدارة في المستشفيات الخاصة ، دراسة تحليلية ، بحث رقم 04 بحوث مركز البحوث بالفرقة التجارية بجدة ، 1982
- 85 - رصفي عقيلي (عمر) ، إدارة الأفراد ، جامعة حلب ، دمشق ، 1988
- 86 - يونس (عبد الغفور) ، نظريات التنظيم و الإدارة بالمكتب العربي ، الاسكندرية ، مصر ، سنة 1997
- 87 - بيركوت (جان) ، عناصر من اجل علم اجتماع سياسي ، ت : أنطوان ، دراسات اجتماعية وزارة الثقافة ، دمشق ، سنة 1999
- 88 - الأزهري (محي الدين) ، الإدارة و دور المديرين أساسيات و سلوك ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، مصر ، 1993
- 89 - البناء فرناس (عبد الصمد) ، التنظيم بين الإدارة و الإدارة العربية ، دار الفكر العربي القاهرة 1984
- 90 - الحبيبي (علي) ، الإدارة العامة ، سكنية عين الشمس ، القاهرة ، 1988
- 91 - التكريتي راجي (عباس) ، السلوك المهني للأطباء ، الأندلس لطباعة و النشر و التوزيع لبنان الطبعة الثانية ، 1981
- 92 - الحناوي ، السلوك التنظيمي ، دار الجماعات المصرية ، الاسكندرية ، مصر ، 1974

- 93 - الجيلاني (حسان) ، التنظيم الغير رسمي في المؤسسات الصناعية، ديوان المطبوعات الجامعية، القاهرة ، 1988
- 94 - السلمي (علي) ، السلوك التنظيمي ، دار غريب لطباعة و النشر ، القاهرة ، الطبعة الثانية ، دون سنة.
- 95 - السيد عبد العاصي (السيد) ، المجتمع و الثقافة و الشخصية ، دار المعرفة الجامعية الاسكندرية ، مصر ، سنة 2003
- 96 - السيد مصطفى (احمد) إدارة السلوك التنظيمي رؤية معاصرة ، حقوق الطبع و النشر محفوظة للمؤلف ، سنة 2000
- 97 - الشراوي (علي) ، إدارة الأعمال ، الوظائف و الممارسة الإدارية ، بيروت ، سنة 1995
- 98 - الشناوي (صلاح) ، التنظيم و الإدارة في قطاع الأعمال ، مدخل المسؤولية الاجتماعية ، جامعة الاسكندرية ، مصر ، سنة 1999
- 99 - العدلوني (محمد أكرم) ، العمل المؤسسي ، دار ابن حزم لطباعة و النشر و التوزيع ، بيروت الطبعة الأولى ، سنة 2002
- 100 - الغمري (إبراهيم) ، السلوك الإنساني و الإدارة الحديثة ، الدار الجامعات المصرية ، الاسكندرية ، مصر ، دون سنة
- 101 - المكاوي (علي) ، علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية الازاريطة ، مصر ، 1990
- 102 - النجار (عامر) ، في تاريخ الطب في الدول الإسلامية ، دار الهداية ، القاهرة ، مصر ، 1986 .
- 103 - ابن محمد (عائشة) ، واقع اتخاذ القرار في إطار تسيير القطاع الصحي ، مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج المتخصص في إدارة المنظمات الصحية ، الجزائر ، 2002
- 104 - بوخبزة (نبيلة) ، الاتصال الاجتماعي في الجزائر ، رسالة لنيل درجة الماجستير في الإعلام ، جامعة الجزائر ، ديسمبر ، 1995
- 105 - بن رزقي (جمال) ، انعكاسات آلية الاضطرابات على سير المرفق العام الاستشفائي مذكرة نهاية التريص لنيل شهادة ما بعد التدرج المتخصص في تسيير الموارد البشرية ، السنة الجامعية 2002
- 106 - بن عيدة (ميلود) ، سلطة اتخاذ القرار في تسيير الهيئات الصحية العمومية ، مذكرة لنيل شهادة ما بعد التدرج في إدارة التنظيمات الصحية ، المدرسة الوطنية لصحة العمومية ، الجزائر ، سنة 2001
- 107 - حلوان (بلقاسم) ، لوحة قيادة التسيير في المؤسسة الصحية ، مذكرة نهاية الدراسات ما بعد التدرج في تسيير التنظيمات الصحية ، 1999
- 108 - حناوي (عبد العزيز) ، صراع الاجتماع باللغة ، رسالة ماجستير في علم الاجتماع التربوي ، جامعة الجزائر ، 2004

- 109 - حنين جمعة (حميدة) ، مسؤولية الطبيب و الصيدلي داخل المستشفيات العمومية ، رسالة ماجستير في الإدارة المالية ، جامعة الجزائر ، 2001
- 110 - زهير بو يوسف (عصام الدين) ، نظام تسيير المستشفيات في الجزائر ، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، تسيير جامعة الجزائر ، 1997
- 111 - سواكري (طاهر) ، الصراع داخل المؤسسة العمومية الصناعية ، رسالة ماجستير ، علم اجتماع تنظيم و عمل ، جامعة الجزائر ، 2001
- 112 - شرناعي (فتيحة) ظاهرة صراع الأجيال في المجتمع الجزائري ، رسالة ماجستير في علم الاجتماع الثقافي ، جامعة الجزائر ، 2001
- 113 - شمس الدين الصباحي (سنية) ، التنظيم الاجتماعي للمستشفيات كمؤسسات طبية ، أطروحة دكتوراة ، كلية الدراسات الإنسانية ، جامعة الأزهر ، 1984
- 114 - عداد (حسن) ، إدراك اطارات تسيير المؤسسات الصحية العمومية للجو التنظيمي السائد بهذه المؤسسات و علاقته بالضغط المهني عند الإطارات ، رسالة ماجستير ، علم النفس تنظيم و عمل ، جامعة الجزائر ، 2001
- 115 - قاسمي (ناصر) ، الصراع و فعالية التسيير الإداري ، دراسة الجماعات المحلية ، أطروحة دكتوراة ، علم اجتماع تنظيم و عمل ، الجزائر ، 2004
- 116 - قروج (محمد) ، واقع الهيكل التنظيمي للمؤسسات الصحية و علاقته بكفاءة الأداء دراسات ما بعد التدرج المتخصصة في تسيير الموارد البشرية ، المدرسة الوطنية لصحة العمومية المرسي الجزائر ، دفعة 2006/2005 صفحة 15
- 117 - السنوسي (علي) ، نحو تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسة الصحية ، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، فرع تسيير ، الخروبة الجزائر ، 2001
- المقالات :**
- 118 - جريدة " الشروق اليومي " ، الخميس 29 جوان 2006 الموافق ل 03 جمادي الثانية 1427 هـ العدد 1725
- 119 - جريدة " الشروق اليومي " السبت 26 أوت 2006 م الموافق ل 02 شعبان 1427 العدد 1773 القوانين التنظيمية :
- 120 - القرار الوزاري المشترك رقم 564 المؤرخ في 6 سبتمبر 1998 المتضمن تصنيف المراكز العليا للمراكز الاستشفائية ، الجزائر
- 121 - المرسوم رقم 91 - 108 المؤرخ في 27 افريل 1991 المتضمن القانون الأساسي الخاص بسلك مديري الإدارة الصحية ، الجزائر

- 122 - المادة 9 من المرسوم التنفيذي رقم 97 - 466 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق ل 2 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية ، الجزائر
- 123 - المادة 10 من المرسوم التنفيذي رقم 97 - 466 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق ل 25 ديسمبر 1997 ، الجزائر
- 124 - مرسوم تنفيذي رقم 91 - 109 مؤرخ في 12 شوال عام 1411 الموافق 27 افريل 1991، الجزائر
- 125 - مرسوم تنفيذي رقم 91-106 مؤرخ في 12 شوال عام 1411 الموافق 27 افريل 1991 يتضمن القانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين و المتخصصين في الصحة العمومية ص 716 ، الجزائر
- 126 - المادة 17 من المرسوم التنفيذي رقم 67 - 466 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية الجزائر
- 127 - المواد 2 . 3 . 4 . 5 من القرار الوزاري المؤرخ في 26/04/1998 المحدد للمخطط التنظيمي للقطاعات الصحية ، الجزائر
- 128 - المادة 21 من المرسوم التنفيذي رقم 97 - 499 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق ل 2 ديسمبر 1997 بالجزائر
- 129 - المرسوم رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 ، المتعلق بالقانون الأساسي ، لمراكز المستشفيات الجامعية ، الجزائر
- 130 - المرسوم التنفيذي رقم 97/466 المؤرخ في ديسمبر 1997 والذي ينص على وجود هيئة ثانية لاتخاذ القرار المتمثل في مجلس الإدارة ، الجزائر
- 131 - المرسوم التنفيذي رقم 97/465 المؤرخ في 02/12/1997 ، الصادر من الجريدة الرسمية العدد 81 الصادر بتاريخ 10/12/1997 ، الجزائر
- 132 - المادة 10 من المرسوم التنفيذي رقم 97 - 1997/12/02 ، الجزائر
- 133 - القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 افريل 1998 ، المحدد للتنظيم الإداري للقطاعات الصحية، الجزائر
- 134 - القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 13 مارس 1995 المحدد لشروط التعيين في المناصب العليا، الجزائر

مراجع باللغة الفرنسية :

135 - Alain .(T) , Laklador (S) et autres , gestion des ressources humaines ;

canada; Année 1993 .

136 - Boutefnouch Mostefa , La lecture au algerie , mythe réalité , S.N.E.D ,

Alger , 1982 .

- 137 – Brule .(M) , Style de pouvoir , edition paris .
- 138 – Coser .(L) , Les fonction de conflit social , traduit par M atignon (M) P-U-F , Paris , année 1992
- 139- Crosier .(M) ,L'acteur et le système .ed de seuil , paris année 1977 .
- 140 – Crosier . (M) .Le phénomène bureaucratique , ed du seuil paris année 1993
- 141 – Hart .(J) et Lucas .(S) Management hospitalier stratégie nouvelles de cadre paris , année 2004
- 142 – Fayol . (H) Administration industrielle générale , E.N.A.G Edition – Alger année 1990 .
- 143 – Hawri Besseyre (CHARLES) , Gerer les ressources humaines dans les entreprise , edition , paris , année 1990
- 144 – Jardillier (Pierre) , Développement humaine dans l'entreprise , paris année 1986
- 145 – Manch (Jeans) , Décision et organisation , les édition , paris , année 1991
- 146 – Marie clément (Jeans) , Les pouvoirs à l'hospital , édition Berger leverault , paris , année 1990 .
- 147 – Mintzberg (H) , Structeure et dynamique des prganisation , 2 des édition d'organisation .paris .1982
- 148 – F.z Oufriha. Et L.Lamri , analyse de l'evaluation de personnel selons la catégorie strecturs sanitaire les cahier de C.R.E.A.D n, 13 19887
- 149 – pelicier (Y) .et Moucher (P) (H) , Abréger de sociologie et économie médicale editions , paris , 1973
- 150 - Werther , David Leegoslin , la gestion des ressources humaines , editions , Canada 1985

مراجع باللغة الانجليزية :

- 151 – Donald .(P) and Graham .(S) , sociology applique to medicin , edition landon , année 1982 .
- 152 - Dunker – petter K the effective executive , maper of new-york- année 1986

153 – Mechanic (David) , Medical sociology , 2nd edition , the free press , new york , année 1978

مواقع الانترنت :

154 - WWW.moh.gou.jo/research / health - management

155 -WWW.altahaddi.net/search/hd0220-03-htm, date:21/10/2016 à 10h

156 - http://www.gairr.info/article.php? 13/01/2007 à 17h

157 - http://www.swamsa.com/module.php ?name date 21/01/2007 16 h

158 - www.echouroukonlive.com/modulephp?name news file ; article.sid , 1245 ; 22/01/2007, 10h, date de l'article 12/08/2006

159 - www.humanité.presse.f/journalarticle35. heures.santé.conflit à l'hopital esquirol de saint maurice , jour; 12/01/2007. heur 18 h

160 - www.humun.net/humun/2006/eg.09174 ; shtml, jour 25/01/2006 à 10h

مقال ، هموم و شكاوى الوطن و المواطن العربي ، المستشفى العام في حاجة إلى عناية عاجلة

161 - www.echoroukoline.com/modulephp?Name , news file , article sid , 1245 date 22/01/2007 . heur 10h

162 - www.comudi.fr/formationinter/1718/savoir.gere .Les conflit ; html.jour, 14/04/2007.heur10h Article , ' Management développement personnel formation enter . les fondamentaux management mieux gerer les conflits

163 - www.pr.sv.net/svw/2004august,jour10/03/2007 .à 10h

164 - www.moh.go.jo/traim/traim1.htm jour ; 11/02/2007 heur ,13h

165 - http://www.shawati.com,Date 16/06/2077 à 11h

166 – www.ishmmenocc/article10xpid.32050.date21/03/2007.à15h

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية برامج التكوين المهني من خلال آراء المكونين دراسة ميدانية المعهد الوطني المتخصص في التكوين المهني "داود صالح"، المركز التكوين المهني والتمهين ولاية المسيلة.

ولتحقيق هذا صيغت مجموعة من الفرضيات كانت كالتالي:

الفرضية الرئيسية :

توجد فروق دالة إحصائية في آراء المكونين حول درجة فعالية برامج التكوين المهني الحالية.

الفرضيات الفرعية:

- توجد فروق دالة إحصائية في آراء المكونين حول درجة فعالية برامج التكوين المهني فيما يتعلق ببعد الأهداف عند $\alpha 0.05$.
- توجد فروق دالة إحصائية في آراء المكونين حول درجة فعالية برامج التكوين المهني فيما يتعلق ببعد محتوى وأنشطة البرنامج عند $\alpha 0.05$.
- توجد فروق دالة إحصائية في آراء المكونين حول درجة فعالية برامج التكوين المهني فيما يتعلق ببعد الوسائل والأساليب المستخدمة عند $\alpha 0.05$.
- توجد فروق دالة إحصائية في آراء المكونين حول درجة فعالية برامج التكوين المهني فيما يتعلق ببعد التقييم عند $\alpha 0.05$.

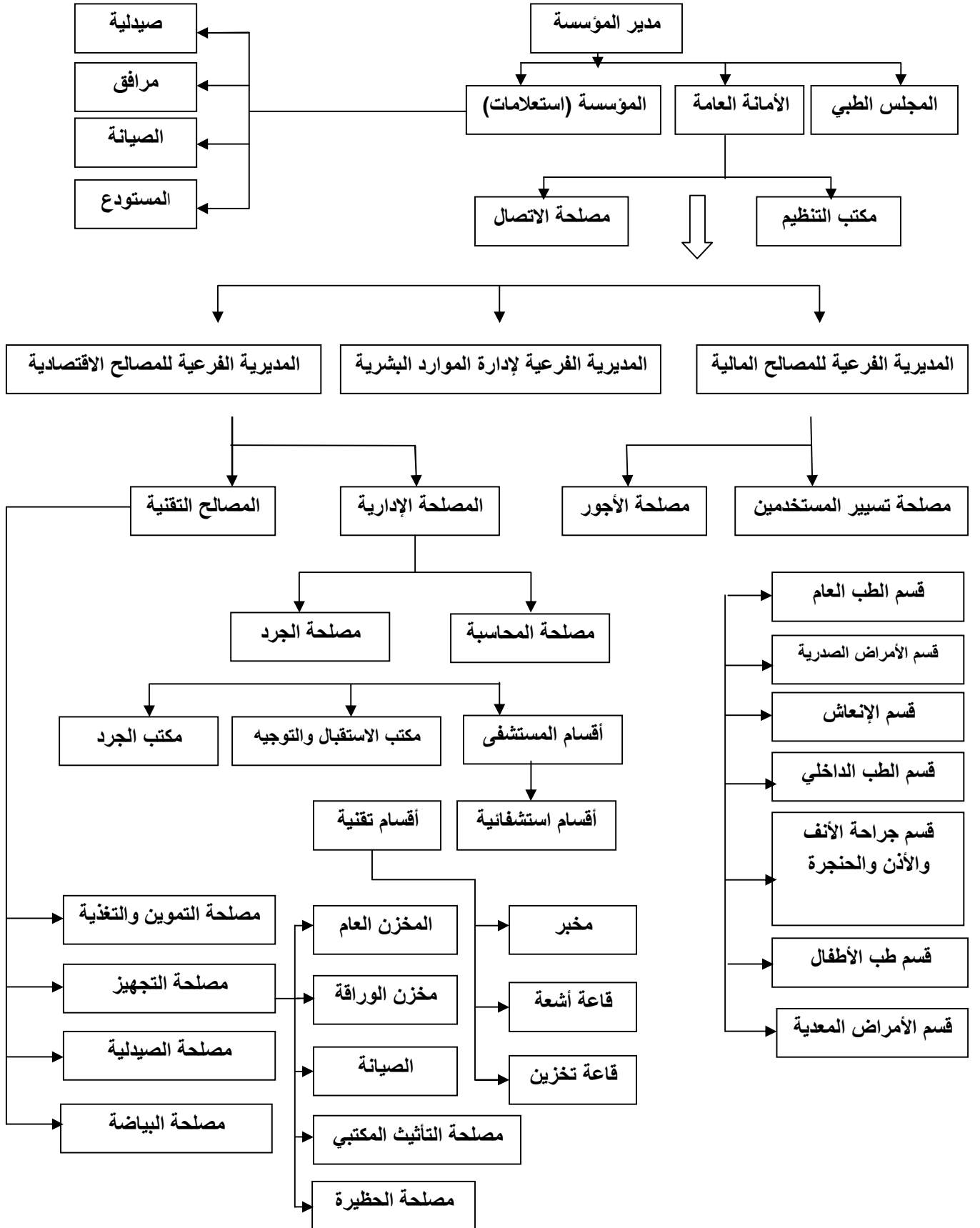
ولتحقق من ذلك تم الاعتماد على استمارة استبيان تحتوي على أربعة محاور والمتمثلة في محورا الأهداف، محور المحتوى والأنشطة، محور الوسائل المستخدمة وفي الأخير محور التقييم، ويحتوي على 29 بند وتم توزيعه على عينة قصدي قوامها 35 استاذ مكون، معتمدين في ذلك على المنهج الوصفي، وتمت المعالجة الإحصائية عن طريق التكرارات والنسب المئوية و كاي مربع

- فاسفرت نتائج الدراسة على :

- أن التكوين المهني يكسب الأفراد مهارات وقدرات مهنية من خلال ما تلقوه من برامج التكوين المهني والتي لها علاقة مباشرة بسوق العمل لأن التكوين المهني مرتبط بالقطاعات الحيوية وبمخططات التنمية .
- أولت سياسة التكوين المهني مؤخرًا أهمية للبرامج، حيث أن هذه الأخيرة أصبحت موضوع التخصصات الجديدة، كما تلبي متطلبات التكوين، وقد أمكن الحكم على ذلك من خلال نسبة استجابة المتكويين .
- لكن يبقى هذا الأمر نسبيًا خاضع لعدة أسباب أهمها مستوى المتكون ودرجة استيعابه.
- فيما يتعلق بسرعة تحديث معلومات هؤلاء المتكويين لا تزال بطيئة مقارنة مع التغيرات التي تشهدها التكنولوجيا، لذا وضعت عمليات تقييمه منتظمة لتقييم مدى فعالية هذه البرامج وتسهيل تحديثها .
- كما استنتجنا أن التكوين المهني لا يتماشى مع التكنولوجيا المستوردة لأن إدخال أجهزة متطورة له أثر، حيث هناك نقص في الإطارات المؤهلة السامية التي تستطيع تسييرها، وبالتالي يجب إرسال أساتذة للتكوين في الخارج.
- يجب أن تكون الآلات المتكون عليها في المعهد هي نفسها الموجودة في المؤسسة، وعلى هذا الأساس يحاول المعهد مراعاة هذا الجانب

الملك الحق

الملحق رقم 01: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الزهاوي"



الملحق رقم 02: الاستمارة بعد التحكيم

البيانات الشخصية:

- 1_الجنس: ذكر انثى
- 2_السن:
- 3_الحالة العائلية: متزوج أعزب
- 4_الموقع الجغرافي: حضري ريفي
- 5_مدة الخبرة:
- 6_المؤهل العلمي: شهادة جامعية تكوين متخصص
- 7- المهنة:

المحور الأول:

8-أسباب اختيار التوظيف:

- قرار وزاري قرار إدارة المستشفى

أخرى حددّ

9-هل تشغل هذا المنصب لأن هناك:

- نقص الموظفين المؤهلين الرغبة في المسؤولية
- زيادة العلاقات المهنية الخاصة بك تحسين ظروف المستشفى

أخرى حددّ

10- هل تواجه صعوبات داخل المؤسسة الاستشفائية؟ نعم لا

- في حالة الإجابة بنعم هل؟

- لعدم وجود الإمكانيات العلاجية وصيانة المعدات الطبية لنقص موظفين مؤهلين نقص الايظارات

لعدم وجود تكامل بين البرنامج الحكومي وممارسة الوظيفة

11- هل هناك تسيير جيد وتنظيم محكم داخل المؤسسة؟ نعم لا

في حالة الإجابة بلا هل هذا يعود؟ لعدم وجود تنسيق بين الوظائف لغموض القوانين والقرارات

لسوء التوزيع للمناصب لغياب التواصل والنقاش بين الإدارة والطاقم الطبي لعدم كفاية الوقت لتنفيذ المهام

أخرى حددّ

12- ما هو تقييمكم لعملية صنع القرارات في المستشفى؟

- هامّة عادية قرارات فردية غير ملمة

أخرى.....

13- هل القرارات المتخذة تخدم : المسؤولين الإداريين فقط تخدم المسؤولين الطبيين فقط

- 14- هل شاركتكم في عملية اتخاذ القرار داخل المؤسسة؟ نعم لا
- 15- هل القرارات الإدارية المتخذة داخل المؤسسة: فعالة غير فعالة غير كافية
- في حالة الإجابة بأنها فعالة هل تؤدي؟
- تحسين الحالة الاجتماعية للهيئتين (الإدارية والطبية)
- تحسين أفضل للخدمات الصحية. حل مشكلة الموظفين (طبي وإداري).
- في حالة أنها غير فعالة هل هذا يعود إلى؟
- عدم تطبيق الفعلي للقرارات سطحيتها التهاون في تنفيذها
- أخرى حددّ
- 16- هل أنت راض على القرارات التي يتخذها مؤسستك؟
- راض غير راض راضي إلى حد ما
- في حالة عدم الرضا هل تقوم ب: النقابة المناقشة الإضراب الخضوع
- 17-هل أنت راض عن الميزانية المخصصة للمؤسسة ؟ راض غير راض
- في حالة الإجابة بلا :
- لا نلبي جميع احتياجات الخدمات الصحية لا تلبي حاجيات العاملين في المستشفى الميزانية غير مدروسة
- أخرى
- 18- هل تناقش الميزانية مع رؤساء المصالح ؟ نعم لا
- 19- هل هناك صعوبات أثناء اتخاذ قرار في تقسيم الميزانية: نعم لا
- في حالة الإجابة بنعم هل هذا راجع إلى : عدم تلبية جميع حاجيات المصالح عدم ارضاء جميع العاملين بالمستشفى
- 20-هل هناك خلاف بين الإدارة والأطباء حول تقسيم الميزانية؟ نعم لا
- 21- في حالة وجود خلاف بين الإدارة والأطباء كيف يتم حله؟
- بتدخل النقابة الحوار والنقاش البناء بتدخل أطراف أخرى
- أخرى حددّها
- 22-هل أنت راض عن الأساليب المستخدمة داخل المستشفى:
- راض غير راض أحياناً
- في حالة عدم الرضا : لأنها معدات قديمة بسيطة وسائل معطلة دائماً
- أخرى حددّ
- 23- هل عدم كفاية الموارد الصحية (الأدوات الصحية) يرجع إلى:
- عدم كفاية الميزانية انعدام الصيانة الدورية الأدوات الصحية التوزيع غير العادل للموارد الصحية
- أخرى أذكر
- 24-هل توزيع وسائل الرعاية الصحية داخل المستشفى يتم حسب:

الأولويات احتياجات كل مصلحة بالتساوي بين المصالح المحسوبة

•أخرى تذكر

25-هل تقدم المؤسسة خدمات لموظفيها : نعم لا

26-هل أنت راضي عن توزيع هذه الخدمات؟ راض غير راض راض إلى حد ما

في حالة الإجابة بلا: حدد سبب عدم الرضا.....

المحور الثاني:

27-هل تعاني المؤسسة من مشاكل ؟ نعم لا

في حالة الإجابة بنعم : ما نوعها ؟

لعدم كفاية الموارد (الأجهزة ، العمال) لضعف القوانين والقرارات الوزارية

لعدم الانضباط والالتزام بالمواعيد للخلاف بين الإدارة والأطباء

•أخرى حددّها

28-على أي أساس اخترتم مهنتكم ؟ حبكم للمهنة أهمية المنصب رغبة عائلية

29-ما هو أكثر شيء تجلبه لك الوظيفة؟

الفوائد المتحصل عليها جو العمل وطبيعته الحصول على وضع اجتماعي راقى خدمة المواطن

ممارسة وتطوير معارفك المهنية الخاصة

أخرى حددّ

30-هل العمل داخل المؤسسة يسير بكيفية عادية؟ نعم لا

إذا كان الإجابة بلا هل يعود إلى:

لسوء أداء بعض الخدمات الصحية لعدم الحصول على جميع وسائل الرعاية الطبية

عدم رضا الهيئة التقنية والإدارية على التسيير

•أخرى حددّ

31-ما طبيعة العلاقة التي تربطك بالهيئة العليا ؟

علاقة صداقة علاقة تعاون علاقة مهنية علاقة توتر

32-أين تشعر بالرضا أكثر؟

مع المرضى مع أعضاء الهيئة مع الموظفين في مجالات أخرى من المستشفى

33- هل تجد صعوبات في التعامل مع الهيئة أخرى؟ : نعم لا

هل هذا راجع إلى: انانية الطرف الاخر اختلاف في الافكار عدم الانضباط في العمل

34- هل تم تحذيرك من التقصير ؟ نعم لا

إذا كان كذلك على أي جزء:

عضو في الهيئة من الفريق الطبي الموظفون الإداريون

ما هو رد فعلك :

إهمال الخدمات شكوى اضربا

•أخرى حددّ

35-هل تقوم المؤسسة بدورات تدريبية لموظفيها؟ نعم لا

في حالة الإجابة بنعم: : لمسايرة التطور العلمي من أجل الحصول على منصب أعلى

36-هل ترى أن معاملة الطبيب أحسن من معاملة الإداري؟ نعم لا

هذا راجع إلى:

حساسية عمل الطبيب مكانة الطبيب العلمية و المهنية

التعامل الحسن للطبيب حساسية عمل الطبيب ومكانته

•أخرى

37- هل ترى أن الإدارة تعطي أهمية اكبر لبعض الأطباء مقارنة مع أطباء آخرين؟ نعم لا

وهذا راجع إلى: الكفاءة و الخبرة شخصية الطبيب انتماء الطبيب

38-هل أنت راض عن الراتب الذي تتقاضاه؟

راض غير راض راضي إلى حد ما

في حالة الإجابة بلا هل لأنه:

لا يتطابق مع مستواك العلمي لا يتناسب مع طبيعة العمل لا يلبي الاحتياجات الضرورية

المحور الثالث:

39- كيف ترى مستوى مؤسستك الاستشفائية؟: لها أهمية في الوسط الاجتماعي تعاني من نقص في الإمكانيات

أحسن من غيرها

40-هل هناك احترام متبادل بين الهيئات الإدارة و الاطباء داخل المؤسسة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم هل هذا يظهر في : طبيعة العلاقات احترام الآراء احترام ظاهري فقط احترام

مكانة كل طرف

•أخرى تذكر

41-هل لديك أي مشاكل خارجية في المستشفى؟ نعم لا

إذا كان الأمر كذلك ما طبيعتها: اجتماعية صحية أسرية نفسية

•غيرها تذكر

42- هل هذه المشاكل تؤثر على ممارسة وظائفكم نعم لا

في حالة الإجابة بنعم لماذا:.....

43-هل هناك ضغوط داخلية تؤثر على وضعية مهنتك: نعم لا

في حالة الإجابة بنعم : لعدم الاحترام المتبادل بين زملاء لعدم احترام من زملائك في مستوى أدنى فترة العمل

.....
●أخرى حددّ

44-ما هي طبيعة العلاقة بين العاملين في المستشفى مع المسؤولين الإداريين؟

علاقة احترام علاقة صراع

●إذا كانت علاقة صراع : تترك العمل تغيير المنصب اللامبالاة المناقشة النقابة

45-هل التنسيق بين الموظفين والأطباء المسؤولين أفضل من التنسيق بين الموظف والإداريين المسؤولين؟

نعم لا

.....
●إذا كان الأمر كذلك لماذا

46- في حال حدوث خلافات بين الإداريين والأطباء للحصول على وضع أفضل فإن ذلك يرجع إلى:

سوء فهم القرارات الفردية في إدارة تطبيق بعض القرارات

عدم رضا العاملين في المؤسسة على طريقة تسيير بعض المسؤولين

.....
●أخرى حددّ

47-ما هو رأيك حول ازدواج السلطة بين الأطباء ومسؤولي الإدارة وهل هو مصدر لصراع؟

.....

48- ما هو رأيك في مستقبل إدارة المستشفى؟

.....

49-كيف يكون أسلوب حل المشكلات داخل المؤسسة؟

التشاور المسايرة تدخل النقابة

50 هل تساهم في حل المشاكل داخل المؤسسة الاستشفائية؟

نعم لا

51- ما هو رأيك في مستقبل المستشفى؟

سيطرة القطاع الخاص ازدهار وتطور تدني الخدمات

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ