



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية



الموضوع:

دور الإدارة في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري

دراسة ميدانية: بالمؤسسة الإستشفائية بن عمر الجيلاني بمدينة الوادي

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر تخصص علم اجتماع حضري

إشراف الدكتورة:

- بن فرج الله بختة

إعداد الطالبة:

- مروة بني

الموسم الجامعي: 2018/2017

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعته تتم الصالحات وينوره تنزل البركات نشكر الله

العلمي القدير ومُحده علمي توفيقه وهدايته لإتمام هذا العمل .

أُتقدم بحزيب الشكر وفائق التقدير والاحترام للأستاذة الفاضلة سديد الرأي عزيز العلم

كبيرة العطاء «دكتورة بن فرج الله محبته» علمي حسن إشرافها والتي بفضل الله وبفضل توجيهاتها

وعملها الدؤوب

معني استطعنا اخراج هذا العمل من مجرد تصور إلى محث علمي، فجازاها الله عني كل خير.

كما أتوجه بأخلص عبارات الشكر والتقدير إلى كل من ساهم من قريب

أو من بعيد بالرأي والجهود والمساعدة في إنجاز هذه الدراسة.

إلى كل ما تعنيه كلمة شكر من معاني سامية.

الإهداء

إلهي لا يطيب الشكر الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك ولا تطيب اللحظات إلا
بذكرك إلى من بلغ الرسالة وأدى
الأمانة ونصح الأمة إلى نبي الرحمة ونور العالمين
سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم
إلى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى من علّسني العطاء دون انتظار، إلى من أحمل اسمه بكل افتخار أرجو من
الله أن يمدني
عمرك... ستبقى كلساتك نجوم اهتدي بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد
والذي العزيز
إلى ملاكي في الحياة، وإلى معني الحب واكتمان والتفاني، إلى بسمة الحياة وسر الوجود
إلى من كان دعائها سر نجاحي، إلى أغلى الناس
أمي الحبيبة
إلى من معهم أكبر وهم أحياء إخوتي الأعزاء أطال الله أعمارهم
إلى من تحلوا بالإخاء وتميزوا بالوفاء، إلى من معهم سعت ورفقتهم في دروب الحياة سرت
إلى من كانوا معي على طريق النجاح والتخير، إلى من عرفت كيف أجدهم وعلّسوني أن لا أضيعهم
أصدقائي
أهديكم ثمرة جهدي

مروى

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة المعنونة بـ: دور الإدارة في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري في المؤسسة الاستشفائية بن عمر الجيلاني بمدينة الوادي إلى الإجابة على التساؤل الرئيسي: هل للإدارة دور في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري؟ وذلك بالمؤسسة الاستشفائية بن عمر الجيلاني وتتفرع منه التساؤلات الفرعية التالية:

هل تلعب إدارة المستشفى دور في توفير المعدات والمستلزمات المادية و العلاجية لتحسين مستوى الخدمات الصحية؟ وهل تلعب إدارة المستشفى دور في توفير الظروف البيئية المحيطة بالمرضى من أجل تحسين مستوى الخدمات الصحية؟ وهل لإدارة المستشفى دور في مدى فعالية الطاقم الطبي و التمريضي و الإداري؟ وللإجابة على هذه التساؤلات اتبعنا الفرضيات التالية: تلعب إدارة المستشفى دور في توفير المعدات والمستلزمات المادية والعلاجية في تحسين مستوى الخدمات الصحية وكما تلعب أيضا دور في توفير الظروف البيئية المحيطة بالمرضى من أجل تحسين مستوى الخدمات الصحية وأخيرا لإدارة المستشفى دور في مدى فعالية الطاقم الطبي التمريضي والإداري ; كما اتبعنا جملة من الإجراءات المنهجية وهذه الإجراءات على النحو التالي:

اعتمدنا على المنهج الوصفي باعتباره المنهج الأقرب والمناسب للدراسة، أما أدوات التي تم بها جمع المعلومات فتمثلت في الملاحظة البسيطة والاستمارة ذات الأسئلة المغلقة والمفتوحة وقد طبقت على عينة من الموظفين في المؤسسة الاستشفائية بن عمر الجيلاني، كان نوع العينة غير احتمالية قصديه عمدية لتلخص الدراسة إلى أن لتلخص الدراسة إلى أن للإدارة دور في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري كما تم تحقيق أغلب الفرضيات ما عدا الفرضية الثالثة .

Study Summary:

The study entitled "The role of management in improving health services in the therapeutic institution in the urban society in Ben-Omar El-Jilani Hospital in EL-Oued City aims to answer the main question: Does the administration have a role in improving health services in the therapeutic institution in urban society? And so on

In the hospital Ben Omar Jilani branch of the following sub-questions:

Does the hospital management play a role in providing physical and therapeutic equipment and supplies to improve the level of health services? Does hospital management play a role in providing environmental conditions for patients to improve health services? Does the hospital's management have a role in the effectiveness of the medical, nursing and administrative staff? In order to answer these questions we have followed the following assumptions: The hospital administration plays a role in providing physical and therapeutic equipment and supplies in improving the level of health services and also plays a role in providing the environmental conditions surrounding patients to improve the level of health services. Finally, the hospital management role in the effectiveness of nursing and administrative staff ; We also followed a series of methodological procedures and procedures as follows:

We used the descriptive approach as the closest and appropriate method to study. The tools used to collect information were simple observation and closed and open questionnaires that were applied to a sample of staff at Ben-Omar El-Jilani Hospital. The sample type was randomized to the study.

The study concluded that the Department has a role in improving the health services in the therapeutic institution in the urban society and most of the hypotheses were fulfilled except for the third hypothesis.

الفهارس

المقدمة

نال موضوع الإدارة اهتماما كبيرا في جميع فروع علم الاجتماع باختلافها بما فيها تخصص علم الاجتماع الحضري وذلك لما تلعبه الإدارة من دور في تحسين سيرورة مؤسساتها باختلافها ولعل ما يهم علم الاجتماع الحضري هو متطلبات المجتمع الحضري المعاصر من مرافق قصد المحافظة عليه وتجنب المشكلات التي قد تواجهه ومما هو معروف أنه لا وجود لمجتمع حضري دون مدينة تحويه وقد اختلفت مؤسسات المدينة كثيرا بين مؤسسات خدماتية ومؤسسات اقتصادية وأخرى ثقافية وصولا إلى المؤسسات الاستشفائية.

غير أن ما يهمنا من كل هذه المؤسسات ما يسمى بالمؤسسات الاستشفائية وذلك لأنها ترتبط بشكل واضح بمعطيات المجتمع الحضري وكيفية الحفاظ عليه وكيفية تطويره وحمايته من التغيرات المحيطة به من ظواهر مناخية و أوبئة قد تؤثر سلبا أو أجابا عليه ولعل أهمية المستشفيات تكمن في كيفية حماية المجتمع من الأمراض وغيرها من الظروف البيئية المحيطة به ولعل أهم ما يجب التطرق إليه في هذه الدراسة نوعية الخدمات التي تقدمها إدارة المستشفى لمرضاها وكيف تقف على متطلباتهم وما مدى تأثيرها على موظفيها من إداريين وأطباء وممرضين بالإضافة إلى توفيرها للمستلزمات المادية وبسبب توسع الدراسة في الأصل

فقد اکتفينا بالدراسة الميدانية الخاصة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بن عمر الجيلاني بالوادي كمثل على هذه المؤسسات وذلك من أجل تسهيل عملية الدراسة.

وقد خصصنا الفصل الأول في الدراسة للجانب المفاهيمي بدءا بتحديد إشكالية البحث وصولا إلى المدخل النظري السوسيولوجي والدراسات السابقة التي تناولت الموضوع، والفصل الثاني عن التنظيم الإداري في المؤسسة العلاجية، أما الفصل الثالث النظام الصحي في الجزائر، وصولا للفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة، ومن ثم الفصل الخامس عرض وتفسير نتائج الدراسة.

الفصل الأول

الإطار التصوري للدراسة

أولاً : الإشكالية

ثانياً : الفرضيات

ثالثاً : أسباب اختيار الموضوع

رابعاً : أهمية الدراسة

خامساً : أهداف الدراسة

سادساً : تحديد المفاهيم

سابعاً : المقاربات النظرية للدراسة

ثامناً : الدراسات السابقة

أولاً: الإشكالية

تعتبر المستشفيات هن أهم المؤسسات الحضرية في المدن الجديدة باختلاف اصنافها ولعل الذي يسكبها هذه الأهمية كونها ضرورية لمراقبة الجانب الصحي لكل مجتمع حضري وذلك لمحاولة حمايته من ما يسمى الأمراض على اختلافها وتنوعها بالإضافة الى محاولة إيجاد لكل ما تنتجه هذه التجمعات الإنسانية التي تسير الى ارتفاع ملحوظ في نسب المواليد والوفيات في أي مجتمع حضري مما يجعل الاتجاهات المسؤولة تهتم ببناء المستشفيات وتشيدها بالإضافة الى محاولة جلب إطارات متنوعة تقوم على هذه المستشفيات من إداريين ومرضين وأطباء وذلك حسب نسب تعداد سكان منطقة ما، وذلك لتحقيق أكبر قدر من الأهداف المسطرة من عناية صحية جيدة قصد الوقوف لمواجهة التحديات المستقبلية من العناية الصحية لأفراد كل مجتمع حضري ثم محاولة تطوير المدن من خلال مجتمعها لتكون ضمن أكثر المدن تقدماً مستقبلاً بفضل كون مجتمعها بصحة جيدة أضف الى ذلك محاولة حماية المجتمعات الحضرية تجلب العديد من الامراض والأوبئة اضف الى ذلك محاولة ترسيخ ثقافة صحية مجتمعية ومحاولة الوصول الى الوقاية اللازمة من الامراض ولو نسبياً.

وكي نصل إلى ما سبق ذكره وجب علينا محاولة إيجاد دراسات وحلول لهذه المشكلات من طرف المتخصصين في علم الاجتماع الحضري ومحاولة اسقاط هذه الحلول على ارض الواقع في المجتمع الحضري باختلافه وذلك بتكثيف الدراسات الميدانية على المؤسسات الاستشفائية في مجتمعنا الحضري ومحاولة الكشف عن مشكلاتها وأهم نقاطها إيجابية كانت أم سلبية فكلها تخدم مجتمعنا وتبعث شيء من الوعي سواء المجتمع الحضري أو الاتجاهات الحكومية المعنية بهذه المواضيع وبالتالي الوصول الى مدن متقدمة بمجتمع سليم وحكومة رشيدة مهتمة بمشكلات مجتمعها.

ولتحقيق كل ما سبق وجب علينا دراسة المؤسسات العلاجية ضمن مجتمع حضري محدد وهو المجتمع في مدينة الوادي بالتحديد ولعل هذه الإطار المحدود قد يسهل علينا الدراسة أكثر وكي نتمكن من دراسة وتحليل مشكلات المستشفيات وجب علينا محاولة دراسة إدارتها ومرضيها وأطبائها باختلافهم في أحد المستشفيات بالوادي ومن ثم صياغة إشكالية الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي:

- ما هو دور الإدارة في تحسين الخدمات الصحية في المجتمع الحضري؟

ويندرج ضمن هذا التساؤل التساؤلات الفرعية الآتية:

- هل تلعب إدارة المستشفى دور في توفير المعدات والمستلزمات المادية والعلاجية لتحسين مستوى الخدمات الصحية؟
- هل تلعب إدارة المستشفى دور في توفير الظروف البيئية المحيطة بالمرضى من أجل تحسين الخدمات الصحية.
- هل لإدارة المستشفى دور في مدى فاعلية الطاقم الطبي والتمريضي والإداري؟

ثانياً: الفرضيات

وللإجابة على التساؤلات الفرعية فقد صغنا الفرضيات التالية:

- تلعب الإدارة دور في توفير المعدات والمستلزمات المادية والعلاجية لتحسين مستوى الخدمات الصحية.
 - تلعب الإدارة دور في توفير الظروف البيئية المحيطة بالمرضى من أجل تحسين الخدمات الصحية .
 - للإدارة دور في مدى فاعلية الطاقم الطبي والتمريضي والإداري .
- لنتحقق من ثبوتها فيما بعد.

ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع

هناك أسباب نذكر منها الذاتية والموضوعية:

أ- الدوافع الذاتية:

- اهتمام الباحث بمثل هذه الدراسات كمحاولة لحل بعض مشكلات المستشفى
- اندراج الموضوع ضمن تخصص الدراسة أي في المجال الحضري، من خلال إثارته بمعلومات جيدة.
- الرغبة في فهم الموضوع ودراسته أكثر وتبسيط الضوء على المشكلات ومحاولة حلها.

ب- الدوافع الموضوعية:

- ملاحظة المشكلات التي يمكن أن تؤثر على الخدمات الصحية مما يجعل الباحث يدرسها ومحاولة الإحاطة بالأسباب الموضوعية المختلفة التي تعالج المشكلات، سواء اجتماعية، أو اقتصادية، إدارية.
- الأهمية العلمية لهذا الموضوع في حد ذاته، باعتباره من ضمن المواضيع التي تتطلب دراسة علمية وعملية جادة، ومحاولة توضيح ومختلف جوانبه ومتغيراته داخل لمستشفى محل الدراسة.

رابعاً: أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة الحالة في كونها تتبع من أهمية الموضوع الذي تناقشه والذي هو إدارة المستشفى ودورها في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري وما دور إدارة المستشفى في ذلك أضف الى ذلك الكوادر من أطباء وممرضين ودورهم أيضاً في تحسين الخدمات الصحية.

خامساً: أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة الى معرفة دور إدارة المستشفى في تحسين الخدمات بالإضافة إلى الأطباء والمرضى ودورهم المهم أيضاً وتندرج ضمن الأهداف التالية:

- التعرف على أعضاء المؤسسة الاستشفائية من أطباء وممرضين وإداريين.
- التعرف على أدائهم في المؤسسة الاستشفائية.
- التعرف على طبيعة العلاقة التي تربط بين الطاقم الطبي والإداريين مع المرضى في المستشفى.
- التعرف على طبيعة العلاقة التي تربط الطاقم الطبي من (أطباء ، ممرضين) مع إدارة المستشفى.
- التعرف على البيئة المحيطة بالمرضى انطلاقاً من معطيات الأطباء والمرضى والإداريين.
- ما هي الظواهر الإيجابية والسلبية المحيطة بالمرضى.
- تقديم بحث علمي يهدف إلى تحسين طرق تسيير المؤسسات العلاجية ومحاولة الكشف على بعض الحقائق في مؤسساتنا العلاجية.

سادساً: تحديد المفاهيم

- تعتبر عملية تحديد المفاهيم في العلوم الاجتماعية والانسانية أهمية عدم تجاوزها، نظراً لما تحمله من دلالات ومضامين فكرية وإيديولوجية مختلفة كما أنها قد تحمل معاني مختلفة بين الأفراد والمجتمعات، ولهذا وجب التوقف عند هذه المحطة كتحديد دقيق لهذه المفاهيم والتي هي عبارة عن تلك المفاتيح التي يتم تداولها في البحث وذلك انطلاقاً من تلك المنظمة في العنوان الرئيسي وسوف يتم تحديدها بدءاً بإبراز أهم التعاريف حولها من أجل الوصول الى التعريف الإجرائي لها ومن بين أهم التعريفات ما يلي:

أ- تعريف الإدارة:

الإدارة لغة: القيام بخدمة الآخرين وإدارتهم وتسييرهم

الإدارة اصطلاحاً: ليس هناك إجماع على تحديدها، ويتضح ذلك من خلال استعراض عدد التعريفات، وذلك لأن الإدارة في العلوم الاجتماعية، ولأن مفهومها واسع، وليست بمجرد مصطلح، وإنما هي علم له أهميته، وذو ارتباط بنظام المؤسسة ككل في جوانبه المختلفة ليشمل أهدافها، وفلسفتها، والعاملين فيها وطرق العمل المتبعة، والإشراف على الأنشطة والفعاليات، وتوطيد العلاقات بين المؤسسة والبيئة المحلية. التعريف الإجرائي للإدارة:

يمكن تحديد تعريف إجرائي للإدارة، والذي يتمثل في مجموعة من الإجراءات التي تؤثر الإدارة بمقتضاها على باقي الموظفين من أطباء وممرضين لتحقيق أهداف محددة لهم من بيداغوجية وعلمية البحث العلمي. **2- تعريف المستشفى:**

عرفت الهيئة الأمريكية المستشفى بأنه مؤسسة تحتوي على جهاز طبي، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى.¹ التعريف الاجرائي للمستشفى:

يمكن تحديد تعريف إجرائي للمستشفى، والذي يتمثل في بأنه ذلك البناء الخاضع الى معايير علمية بيداغوجية محددة قصد القيام بمهمته على أكمل وجه. **3-تعريف إدارة المستشفى:**

هي الإدارة المسؤولة على مؤسسة علاجية محددة وكيفية تسييرها.

4-الخدمات الصحية:

هي العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصها أو إرشاد أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضاً أو قبول من قبل المرضى بعد شعورهم بحالة صحية أفضل.²

¹ منظمة الصحة العالمية، سلسلة التقارير الفنية، (395)، 1981، ص 6-7.

² تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 168.

5- المؤسسة العلاجية

تعتبر المؤسسة العلاجية مجموع هياكل الوقاية، التشخيص، العلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الصحي، والمتمثل في المستشفيات، العيادات والمراكز الصحية والعيادات الخاصة.¹

التعريف الإجرائي للمؤسسة العلاجية:

وهي المؤسسة العلاجية الخاضعة لسلطة إدارة رشيدة تعتمد في تسيير مؤسستها على طريق بيداغوجية علمية للاهتمام بمرضاها.

6- المجتمع الحضري: هو ذلك التجمع الإنساني المحدود، بمكان معين كالمدينة، وله ثقافته الخاصة وعاداته وتقاليده التي تميزه عن غيره من التجمعات الإنسانية.²

سابعاً: المقاربات النظرية للدراسة

هناك العددي من النظريات التي تبنت إدارة المستشفيات نذكر منها نظرية فريدريك هنري فاو، جانيت، شارل بادج، وقد اختلفت في تحديد إدارة المستشفيات.

1- نظرية فريدريك تايلر: ويقول إن الوصول إلى أفضل خدمة وأقل تكلفة لا بد من توجيه العاملين إلى ترشيد الأداء من خلال الحركة والزمن فنستطيع تقديم خدمة جيدة في وقت قصير حيث أنه من المعروف أن الوقت هام جداً في المستشفيات وفي نفس الوقت لا نهدر أي من الوقت ولا الجهود فنقدم خدمات أكثر لكفاءة أكبر فيعظم الربح والنتائج في آن واحد، ويمكن تلخيص نظريته فيما يسمى الحركة والزمن.

2- نظرية هنري فاو: وهي تهتم بمبادئ وأسس إدارة أي منشأة والمستشفى بالطبع جزء من هذه المبادئ نذكر منها:

- مبدأ تقسيم العمل: والمقصود به توزيع المهام في المستشفى بين إداريين وممرضين وأطباء.
- مبدأ تنسيق جهود العاملين: ويعني بهذا المبدأ أن على كل طرف من أطراف المؤسسة العمل بالتنسيق مع غيره ضد خدمة المريض.
- مبدأ توازن السلطة مع المسؤولية: والمقصود بهذا المبدأ أن على إدارة المستشفى أن تحسن التعامل مع أطرافها الأخرى من أطباء وممرضين بالإضافة إلى تحمل مسؤولية التسيير الحسن للمؤسسة.

¹ طاهري حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004، ص 11.

² احسان محمد الحسن، موسوعة علم الاجتماع، الدار العربية للموسوعات، بيروت، ط1، 1999، ص 555.

- مبدأ وحدة التوجيه: ويعني بهذا المبدأ هو الإدارة المركزية لكل فرد من أفراد المؤسسة الاستشفائية من أطباء وممرضين.
- مبدأ تبعية الأهداف الخاصة للأهداف العامة:
- والمقصود بهذا المبدأ تسطير أهداف المؤسسة تبعاً لما يخدم الإدارة من جهة وما يخدم الأطباء والمرضى من جهة أخرى ومن ثم توفير العناية الصحية للمرضى.
- مبدأ الإدارة بالأهداف: ويعني بهذا المبدأ تحقيق الأهداف الأساسية للمؤسسة العلاجية والبيت تخدم المرضى.
- مبدأ الإدارة بالاستثناء: ويقصد به تغيير الأهداف وفقاً للمتغيرات في المستشفى وما يتطلبه المرضى.
- مبدأ نطاق الإشراف: وهو توسيع مجال إشراف الإدارة على كل ما يحدث في المؤسسة.

3- نظرية جانيت: وقد اهتمت بالجانب الإنساني وأسست جانيب لسير الإجراءات وتتابع الأنشطة.

4- نظرية شارل بادج: وقد أسس الإدارة العلمية التي تركز إلى استخدام الآتي في المنشأة وتقسيم العمل.

ثامنا: الدراسات السابقة

لقد سبقت دراستي عدة دراسات حول موضوع إدارة المستشفى في تحسين الخدمات الصحية ودور الإدارة في ذلك وفيما يلي الدراسات المتحصل عليها:

- الدراسة الأولى:¹

عنوان الدراسة: تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم التجارية تخصص تسويق من إعداد الطالبتين خامت سعدية وعجو نورة بالمركز الجامعي العقيد آكلي محند أولحاج البويرة، السنة الجامعية 2011-2012، هدفت الدراسة إلى تناولها لمفهوم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية من المنظور الشامل، الذي يجمع بين وجهة نظر (المريض) والإمكانات المادية والبشرية للمؤسسة الصحية مع التركيز على وجهة النظر الأولى، وضرورة قيام المؤسسات الصحية بتقييم جودة خدماتها المقدمة، بالإضافة إلى ضرورة أخذ اقتراحات كل

¹خامت سعدية، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر، تخصص في العلوم التجارية، المركز الجامعي العقيد آكلي محند، البويرة، السنة الجامعية 2012-2013.

- فرد من أفراد الطاقم الطبي وشبه طبي في تحقيق، الجودة والعمل على كشف المشاكل التي تواجه الخدمات الصحية من ناحية الجودة وقد صيغت تساؤلات الدراسة كما يلي:
- التساؤل الرئيسي: ما مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، في ظل الإصلاحات التي باشرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؟
- دراسة حالة على المؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية.
- وتحت هذا التساؤل تندرج تساؤلات فرعية هي:
- ما مدى قيام المؤسسة الاستشفائية بالأخضرية بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة في ظل أهمية هذه العملية لإشباع الحاجات الصحية للمستهلكين (المرضى) وتحقيق رضاهم؟
 - كيف يتم تقييم الجودة في المؤسسات الصحية؟
 - لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في المؤسسة الاستشفائية في الاخضرية.
 - توصلت الدراسة الى جملة من النتائج المتمثلة في:
 - الخدمة نشاط أو منافع غير ملموسة قد ترتبط بشيء مادي ملوس، يقدمها طرف ما (مقدم الخدمة) على طرف آخر (مستهلك الخدمة) في إطار عملية التبادل بينها ن ويهدف الأول الى تحقيق الربح باستثناء الخدمات المجانية بينما يهدف الثاني الى اشباع حاجاته ورغباته.
 - تتميز الخدمة بمجموعة من الخصائص تتمثل في عدم ملموسيتها التلازمية أو عدم الانفصال، عدم التماثل، القابلية للتلاشي أو الفناء عدم انتقال ملكيتها، تذبذب الطلب عليها.
 - تصنف الخدمات حسب عدة اعتبارات، كنوع السوق، درجة كثافة قوة العمل، درجة الاتصال بالمرضى وحسب دوافع مقدمها...إلخ.
 - تقوم المؤسسات الاستشفائية العمومية بالأخضرية بتقييم جودة خدماتها من خلال التركيز على تقييم الجاني الفني، من خلال وضع احصائيات دورية لمستوى الخدمات الصحية المقدمة، كما تقوم بتقييم جودة خدمات الطاقم التمريضي من خلال تقارير رؤساء المصالح الصحية وملاحظات الأطباء، بينما تقييم خدمات الأقسام الأخرى (النظافة، الغذاء..) حسب كل قسم، في حين أهملت جانب وجهة نظر المستهلكين (المرضى) في تقييم جودة الخدمات المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية.
 - ملاءمة الموقع الجغرافي للمؤسسة الاستشفائية العمومية بالأخضرية حسب افراد الطاقم الطبي وشبه الطبي والمستهلكين (المرضى).

- قاعات الانتظار متوسطة من حيث مدى ملاءمتها للاستقبال في المؤسسة العلاجية العمومية بالأخضرية متوسطة بالنسبة لأفراد الطاقم الطبي وشب الطبي، بينما تعد جيدة من وجهة نظر المستهلكين (المرضى).
- استعملت الباحثين الوصفي، واعتمد على طريقة العينة الطبقيّة العشوائية المنظمة لاختيار العينة كما استعادت بتقنيات البحث الميداني والمتمثلة في الاستئثار والمقابلة والملاحظة إضافة الى السجلات الوثائقية لجمع المعلومات اللازمة للتعرف على واقع المؤسسة.
- أوجه الاستفادة:

وفد تمت الاستفادة منها في تصنيف أسئلة الدراسة كما استفدنا من نتائج الدراسة الميدانية التي قامت بها الطالبتين أضف الى ذلك إمكانية المقارنة بين دراستنا ودراستهما.

الدراسة الثانية:¹

- عنوان الدراسة: دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمة الصحية، جالة المؤسسة العمومية الاستشفائية فارس بحي بمليانة، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم التسيير تخصص تسيير المؤسسات من إعداد الطالبين فتاحين فريد ويغلامن محمد، السنة الدراسية 2015-2016.

- هدفت الدراسة الى توضيح أهمية قطاع الصحة في المجتمع، كونه يهتم بأعلى عنصر من عناصر الإنتاج والمتمثل في الانسان، بالإضافة الى أنه يتزامن مع مجهود الدولة الجزائرية في تطوير جودة الخدمات المقدمة، والمتمثلة في اصلاح النظام الصحي بكل ما يتضمن من ملفات.

- أهمية التحسين في المستشفيات الحكومة مجمل الدراسة.

- أهمية الخدمات في رفع عجلة التنمية.

- أهمية إدارة الجودة الشاملة.

وقد صيغة تساؤلات الدراسة كما يلي:

- التساؤلات الرئيسية: إلى أي مدى يمكن تطبيق إدارة الجودة لأجل تحسين الخدمات الصحية بها؟ وتندرج ضمن هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية هي:
- ما المقصود بإدارة الجودة الشاملة والخدمة الصحية؟

¹ فتاحين فريد، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمة الصحية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم التسيير، تخصص تسيير مؤسسات، جامعة خميس مليانة، السنة الجامعية: 2015-2016.

- ما المقصود بإدارة الجودة الشاملة على المؤسسات الصحية؟
- ما هو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المؤسسة العمومية العلاجية بمليانة؟
- ما مدة مبادئ ومزايا إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر مستخدمي المؤسسة العمومية الاستشفائية.
- ما مدى وعي مستخدمي المؤسسة العمومية العلاجية بالثقافة التنظيمية للمنظمة؟
- ما هي معوقات تطبيق الإدارة الجودة الصحية الشاملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية فارس يحي بمليانة؟

- وقد توصلت الدراسة الى جملة من النتائج يمكن تعديدها فيما يلي:
- إن أهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي يجب أن تتبناها المنظمات الصحية تتمثل في مبدأ التحسين المستمر ومبدأ اتخاذ القرارات بناء على المعلومات وكذا مبدأ دعم الإدارة العليا ومبدأ التركيز على العميل.
- أغلب المرضى كانوا راضين بشكل مقبول نوعا ما عن كيفية الاستقبال، ومدى اهتمام الطاقمين الطبي وشبه الطبي لهم، في حين أبدوا عدم الرضا حول خدمات التغذية والنظافة.
- نقص التوعية والتحسيس بأن العمل بأسلوب فريق واحد والتعاون.
- وجود نقص شديد في عدد الاسرة نسبة الى عدد المتلفيات للخدمة اللواتي يترددن على المستشفى.
- وجود نقص شديد في عدد أخصائي التخدير العاملين في المستشفى.
- عدد الإداريين كافي ويسمح بتقديم خدمة إدارة مناسبة في المستشفى.
- استخدمت الباحثة المنهج الوصفي بالإضافة الى استخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقية، أسلوب العينة العشوائية الميسرة بالإضافة إلى أسلوب العينة القصدية، بالإضافة الى تقنيات البحث العلمي من استمارة ومقابلة وملاحظة.

أوجه الاستفادة: من خلال هذه المذكرة فقد استفدت من معرفة كيفية معالجة هذه النوع من الدراسة وذلك من خلال تحديد تساؤلات الدراسة، بالإضافة إلى كيفية اختيار العينة زيادة على معرفة نوعية تقنيات البحث العلمي التي تخدم في دراستي ومن ثم إمكانية المقارنة بين الدراستين قصد خدمة الدراسة.

الجماعي يسهل العمل ويزيد من جودته، هذا النقص أدى إلى قلة خبرة وتمكن بعض المستخدمين في ميدانهم.

- بينما أوضحت نتائج الدراسة التطبيقية أن مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة بشكل عام في هذه المؤسسة شبه منعدم من وجهة نظر الأطباء وشبه الطبيين والإداريين وذلك طبيعي لأن المؤسسة العمومية الاستشفائية بمليانة لا تزال تسير بميزانية مخططة وإدارة مركزية لا إدارة الجودة الشاملة.
- استعمل الباحثين المنهج الوصفيّ واعتماد على طريقة العينة الطبقية العشوائية المنتظمة، لاختيار العينة ن كما استعنا بتقنيات البحث الميداني والمتمثلة في الاستمارة قصد التعرف على واقع المؤسسة العلاجية.
- أوجه الاستفادة: وقد استفدت من هذه الدراسة في العديد من النقاط منها كيفية اختيار العينة، بالإضافة الى ملاحظة النتائج التي توصلنا اليها بالإضافة الى كيفية الإجابة على التساؤلات في الدراسة ومن ثم الخلوص الى نتائج دراسة دون تكريرها.

الدراسة الثالثة¹:

عنوان الدراسة: تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير الصحة العالمية، دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال بكلية التجارة في الجامعة الإسلامية بغزة، أغسطس 2016م - ذو القعدة 1437هـ من إعداد الطالبة ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، هدفت الدراسة إلى توضيح كل من الأهمية النظرية للدراسة، والأهمية التطبيقية و الشخصية كمحاولة لتحسين القطاع من طرفها وقد حوت دراستها التساؤلات التالية:

التساؤل الرئيسي: ما مدى تطبيق مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي لمعايير قياس الأداء الذي أقرتها منظمة الصحة العالمية؟

وقد تفرع التساؤل الرئيسي إلى مجموعة من التساؤلات الفرعية للدراسة نذكر منها:

- ما مستوى الفاعلية السريرية حسب كل من مقدمي الخدمة ومتلقيها؟
- ما مستوى الكفاءة الصحية المتوفرة في المستشفى من وجهة نظر مقدمي الخدمة؟
- ما مستوى الاهتمام بالكادر البشري من وجهة نظر مقدمي الخدمة؟
- إلى أي مدى تستجيب إدارة المستشفى إلى احتياجات مقدمي الخدمة ورغباتهم؟
- ما مستوى رضا متلقيات الخدمة فيما يخص الاهتمام بهن؟

¹ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير الصحة العالمية، مذكرة تخرج لنيل الماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية بغزة، أغسطس 2016

- ما مستوى رضا مقدمي الخدمة ومتلقيها حول درجة الأمان لهم؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد عينة الدراسة من مقدمي الخدمة حول جودة الخدمة المقدمة بمستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي.
- ولقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج المتمثلة في:
- وجود نقص شديد في عدد العاملين الصحيين في المستشفى بشكل عام.
- عدد المرضى لكل طبيب مناسب، ولكن مع وجود نقص في عدد الأطباء بالنسبة لعدد متلقيات الخدمة اللواتي يترددن على المستشفى.
- وجود نقص شديد في عدد الأسرة نسبة إلى عدد التلقيات للخدمة اللواتي يترددن على المستشفى.
- وجود نقص شديد في عدد أخصائي التخدير العاملين في المستشفى.
- عدد الإداريين كافي ويسمح بتقديم خدمة إدارية مناسبة في المستشفى.
- استخدمت الباحثة المنهج الوصفي بالإضافة إلى استخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقية، أسلوب العينة الميسرة، بالإضافة إلى أسلوب العينة القصدية، بالإضافة إلى تقنيات البحث العلمي من إستمارة ومقابلة وملاحظة.
- أوجه الاستفادة: من خلال هذه المذكرة فقد استفدت من معرفة كيفية معالجة هذا النوع من الدراسة وذلك من خلال تحديد تساؤلات الدراسة، بالإضافة إلى كيفية اختيار العينة، زيادة على معرفة نوعية تقنيات البحث العلمي التي تخدمني في دراستي ومن ثم إمكانية المقارنة بين الدراستين وكلها تخدم الدراسة.¹

¹ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، مرجع سابق، أغسطس 2016.

تمهيد:

إن المستشفى سواء كانت حكومية أو خاصة كأى مؤسسة أخرى تخضع لقوانين الإدارة الخاصة بالمؤسسات الخدمية
ولكن الخدمة في المستشفى لا يكون هدفها الربح المادي فقط بل في المقام الأول تقديم أفضل رعاية للمريض وبأسعار مناسبة.

أولاً: التنظيم

1. مفهوم التنظيم

هنالك تعريفات عديدة للتنظيم، وهي تختلف عن بعضها البعض، حتى أصبح تعريف التنظيم وتحديد مفهومه غاية في حد ذاتها. وسنذكر هنا عدداً من التعريفات الشائعة للتنظيم:

• التنظيم هو أسلوب التنفيذ، من حيث تقسيم العمل إلى وحدات وتحديد اختصاصات ومسئوليات كل من هذا الوحدات العاملين فيها وكذلك سير الإجراءات التنفيذية ويمكن إجمال هذه العمليات في تعريف مختصر وهو (نظام سير العمل)، ومع ذلك فقد اختلفت المراجع العلمية كثيراً في وضع تعريف علمي شامل للتنظيم - لان التنظيم يشتمل على عمليات متعددة تهدف إلى تيسير الأداء بصورة توصلنا إلى تحقيق الهدف على أحسن وجه من الإتقان والسرعة والاقتصاد - لدرجة أن مفهوم التنظيم أصبح أحياناً يختلط مع مفهوم الإدارة عموماً.

• يستخدم بعض المديرين ورجال الأعمال كلمة (تنظيم) بمعنى (تصميم الهيكل التنظيمي): فهم ينظرون إلى (التنظيم) على أنه تلك العملية المتعلقة بعمل (الخرائط التنظيمية) التي توجد بها مربعات وخطوط بين تلك المربعات توضح (من رئيس من .)

• الشكل الخاص بطرق وارتباط أعداد كبيرة من الأفراد مشتركة في أعمال معقدة وأكثر من أن تكون بينها علاقات مباشرة، بعضهم ببعض وظهورهم في وضع مرتب محسوس لتحقيق أهداف مشتركة متفق عليها .
أما نحن فسنعتمد تعريف (وارين بالنكت) و (ريدموند دانتر) في كتابهم (مقدمة الإدارة) حيث عرّفوا وظيفة التنظيم على أنها عملية دمج الموارد البشرية والمادية من خلال هيكل رسمي يبين المهام والسلطات.

2. أنواعه:

- التنظيم الرسمي:

يطلق على عملية تجميع الأعمال في وظائف والوظائف في وحدات والوحدات في أقسام والأقسام في إدارات بالتنظيم الرسمي، نسبة إلى أن عملية التجميع تتم بواسطة إدارة المشروع دون النظر إلى الأشخاص أو العلاقات القائمة بينهم.

ما الذي يتحقق في إطار التنظيم الرسمي:

- وجود مستويات محددة للاختصاصات، والسلطة والمسئوليات في اتخاذ القرارات، والبت في المشكلات والإشراف والتوجيه.
- هذا التسلسل يحقق المبدأ للتنسيق فمن خلال التدرج تصبح سلطة التنسيق العليا قادرة على العمل، وتمتد فاعليتها إلى كل أجزاء البناء التنظيمي.
- تقسيم العمل على أساس التخصص.
- وجود شبكة اتصالات ممتدة من المركز إلى جميع أجزاء المنشأة مارة بالمستويات الرئاسية بما يحقق تدفق المعلومات إلى المستويات المختلفة وتكاملها.
- تحقيق العلاقات داخل المنشأة بوضوح، بحيث يعلم كل موظف رئيسيه ويعلم كل رئيس مرؤوسيه.
- إمكان السيطرة على المشكلات أو الخلل الذي يتسرب إلى الأجزاء الأخرى.
- تحديد العدد المناسب من العاملين الذين يستطيع رئيس واحد أن يشرف عليهم ويوجههم وينسق نشاطهم بكفاية في حدود قدرته وجهده ودقته.

- التنظيم غير الرسمي:

- حيث ينظم العاملون أنفسهم في شكل تجمعات وبالتالي وجود نوع آخر من التنظيم غير الرسمي .
- مميزات التنظيم الغير رسمي:
- التنظيمات غير الرسمية ما هي إلا تجمعات طبيعية للأفراد في موقع العمل وتظهر كرد فعل طبيعي للحاجة الاجتماعية للإنسان .
- أن التنظيمات غير الرسمية محدودة العضوية حيث أن عدد الأعضاء لها يتم على أساس التجمع والاختيار بين الأعضاء لها ذوي مصلحة مشتركة واتجاهات وميول متقاربة.
- أن التنظيمات غير الرسمية كسب بها نظام أو هيكل محدد من قبل.
- أن التنظيمات غير الرسمية تحقق لأعضائها إشباع حاجاتهم التي لا يشبعها التنظيم الرسمي بالمنشأة.¹

3. مبادئه:

هناك بعض المبادئ التنظيمية الأساسية التي اتفق عليها الكتاب والباحثون في ميدان التنظيم، والتي تمثل الأساس في بناء التنظيم وفي فعاليته ومن أهم هذه المبادئ:

¹ توفيق محمد عبد المحسن، إدارة المنشآت المتخصصة، دار الفكر العربي وآخرون، د ط، 2006، ص ص: 94-95

- مبدأ وحدة الهدف: ويعنى ضرورة وجود هدف محدد للمنظمة وأن تسهم أهداف الوحدات الفرعية في تحقيق ذلك الهدف . كما يجب تقييم فعالية هذه الوحدات في ضوء درجة مساهمتها في تحقيقه.
- مبدأ الفعالية: يعتبر التنظيم فعالاً إذا نجح في مقابلة أو تحقيق أهدافه بأقل قدر من الجهد والتكلفة . وتُقاس الفعالية بمقياس الكفاية الإنتاجية والتي تقاس بنسبة المدخلات إلى المخرجات. كذلك فإن الفعالية تعني نجاح التنظيم في تحقيق الرضا للعاملين والعملاء والمجتمع بوجه عام.
- مبدأ الشرعية : ويعني أن تكون الأهداف التي يسعى التنظيم إلى تحقيقها أهدافاً مشروعة أي لا تتعارض مع القوانين والتشريعات والقيم الاجتماعية وأن تتوافق مع ظروف البيئة الاجتماعية والثقافية والحضارية المحيطة.
- مبدأ الثبات أو الاستقرار : بمعنى أن تقسم الأهداف بالاستقرار بحيث تتضاعف الجهود لتحقيقها ولا يعني ذلك أن تكون الأهداف جامدة أو يصعب تعديلها ، ولكن يجب أن يكون هناك قدر من المرونة في التعامل معها وفقاً للظروف.
- مبدأ تقسيم العمل : ويعني ذلك محاولة الاستفادة من مزايا التخصص في العمل ، والتحديد الدقيق للأنشطة والتنسيق بينها ، مع تناسب الأدوار لقدرات الأفراد ، وهو ما يؤدي في النهاية إلى زيادة الفعالية التنظيمية.
- مبدأ الوظيفة : ويعني ضرورة بناء التنظيم حول الوظائف والأنشطة وليس حول الأفراد ، حيث أن التنظيم خلق ليبقى ويستمر بغض النظر عن بقاء الأفراد
- مبدأ نطاق الإشراف : ويعني وجود حدود لعدد الأفراد الذين يمكن للمدير أن يشرف عليهم بفاعلية . ويتوقف هذا العدد على المواقف والظروف المحيطة والتي يجب النظر إليها قبل تحديد العدد المناسب.
- مبدأ التدرج في السلطة : ويعني تحديد تسلسل السلطة من القمة إلى القاعدة . وكلما كان خط السلطة واضحاً بدرجة كبيرة ، زادت فعالية اتخاذ القرارات ونظم الاتصالات في المنظمة.
- مبدأ تحديد المسؤولية : ويعني ضرورة التحديد الواضح لمسئولية كل فرد أمام رئيسه المباشر ، عن استخدام السلطة المفوضة إليه ، حيث أن المسؤولية لا تفوض وإنما يظل الرئيس الذي قام بالتفويض مسئولاً عن الأداء.

- مبدأ التوازن بين السلطة والمسئولية : حيث يجب التساوي بين السلطة كحق والمسئولية كواجب ، لأن السلطة ضرورية لإنجاز المسئولية.
- مبدأ الفصل : حيث أن المسئولية عن الأنشطة لا يجب أن يتبعوا إدارياً الوحدات التنظيمية التي يتولون متابعتها وتقييم أنشطتها.
- مبدأ وحدة الإشراف والقيادة : ويعني أن يتلقى الفرد أوامره وتعليماته من رئيس إداري واحد ، وإليه يرفع تقاريره . ويؤدي ذلك إلى تقليل التضارب في التعليمات وزيادة درجة الشعور بالمسئولية.
- مبدأ المرونة التنظيمية : ويعني القدر على الاستجابة للتغيرات البيئية ، وإحداث التوافق المطلوب معها بما يساعد على تحقيق النمو والاستقرار للتنظيم¹.

4. نظرياته:

أ- النظرية الكلاسيكية (التقليدية):

ظهرت في مطلع القرن العشرين، وتسميتها بالكلاسيكية ليست لقدمها وتخلفها، وإنما لنمط التفكير الذي قات على أساسه النظرية. حيث ركزت في مجملها على العمل معتبرة أن الفرد آلة وليس من المتغيرات التي لها أثرها في السلوك التنظيمي، وعليه التكيف والتأقلم مع العمل الذي يزاوله، وهذا ما حدى بالبعض من أمثال (سيمون) أن يطلقوا على هذه النظريات (نموذج الآلة) ويبينى النموذج الكلاسيكي على أربعة محاور رئيسية، هي:

- تقسيم العمل .
- نطاق الإشراف .
- التدرج الرئاسي أو التدرج الهرمي (الهيكل)
- المشورة والخدمات المعاونة المتخصصة .

ومن أهم رواد هذه النظرية: هنري فاول وفريدريك تايلور وماكس فيير.

¹محمد بكري عبد العليم، مبادئ الإدارة والأعمال، د. دار نشر ، ص ص:140-143

ب- النظرية السلوكية (الكلاسيكية الحديثة):

جاءت كردة فعل للنظرية الكلاسيكية. فاهتمت هذه المدرسة بالفرد وسلوكه في التنظيم. وأنه لا يمكن معالجة الفرد كوحدة منعزلة ولكن يجب معالجة الفرد كعضو في جماعة يتعرض لضغوطها وتأثيراتها. وأن سلوك الفرد أو الجماعة في التنظيم الرسمي قد يختلف على سلوكهم الحقيقي. لذا اهتم أنصار هذه المدرسة بالتنظيم غير الرسمي، كالصداقات بين أعضاء التنظيم وتأثيراتها على القيادة.

ومن أهم رواد هذه النظرية: شيستر برنارد، وهريبرت سيمون، وكرس أرجريس¹.

ج- نظرية النظم:

• تعريفها:

تأتي نظرية النظم في إطار النظريات الحديثة التي تقوم على أساس نقد النظريات السابقة سواء التقليدية أو السلوكية لأن كل منهما ركز على أحد متغيري التنظيم (العمل والإنسان) باعتبار أن التنظيم نظام مقل، بينما يرى للتنظيم في نظرية النظم إلى أنه نظام مفتوح يتفاعل مع البيئة المحيطة به وذلك ضمانا لاستمرارية التنظيم.

إن دراسة أي تنظيم لا بد أن تكون من منطق النظم، بمعنى تحليل المتغيرات وتأثيراتها المتبادلة. فالنظم البشرية تحوي عددا كبيرا من المتغيرات المرتبطة ببعضها، وبالتالي فنظرية النظم نقلت منهج التحليل إلى مستوى أعلى مما كان عليه في النظرية الكلاسيكية والنظرية السلوكية، فهي تتصدى لتساؤلات لم تتصدى النظريتين السابقتين.

تقوم هذه النظرية على أجزاء يتكون منها النظام لها علاقة وثيقة ببعضها البعض. هذه الأجزاء هي: - إن الجزء الأساسي في النظام هو الفرد (قائدا أو منفذا) وبصفة أساسية التركيب السيكولوجي أو هيكل الشخصية الذي يحضره معه في المنظمة. لذا فمن أهم الأمور التي تعالجها النظرية حوافر الفرد واتجاهاته وافتراضاته عن الناس والعاملين .

¹ محمد مهنا العلي: الوجيز في الإدارة العامة، دار السعودية للنشر والتوزيع، جدة، ط1، 1984.

- إن الجزء الأساسي الثاني في النظام هو الترتيب الرسمي للعمل أو الهيكل التنظيمي وما يتبعه من المناصب .

- إن الجزء الأساسي الثالث في النظام هو التنظيم غير الرسمي وبصفة خاصة أنماط العلاقات بين المجموعات وأنماط تفاعلهم مع بعضهم وعملية تكيف التوقعات المتبادلة .

- الجزء الأساسي الرابع في النظام هو تكنولوجيا العمل ومتطلباتها الرسمية. فالآلات والعمليات يجب تصميمها بحيث تتماشى مع التركيب السيكولوجي والفسولوجي للبشر .

• مفاهيم عن مدرسة النظم الإدارية:

تتألف نظرية النظم العامة من مجموعة مفاهيم فلسفية يمكن تطبيقها في أي نظام ، وتعني النظم " تفاعل و تداخل أجزاء ينظر إليها ككل " ، و قد عرفت نظرية النظم " بأنها كل منظم أو أجزاء أو لأشياء تم جمعها و ربطها لتشكيل وحدة كلية أو وحدة معقدة."

و في تعريف آخر فان النظام هو " مجموعة من الأجزاء و تشمل الأفراد الذين يعملون معا بشكل منظم بتفاعل مستمر للوصول إلي نهاية محددة ، أي أنها أسلوب تفكير التوجه نحو تحقيق الأهداف".

وأسلوب مدرسة النظم يشير إلى عملية تطبيق التفكير العلمي في حل المشكلات الإدارية، ونظرية النظم تطرح أسلوباً في التعامل ينطلق عبر الوحدات والأقسام وكل النظم الفرعية المكونة للنظام الواحد، وكذلك عبر النظم المزاملة له، فالنظام أكبر من مجموعة الأجزاء.

أما مسيرة النظام فإنها تعتمد على المعلومات الكمية والمعلومات التجريبية والاستنتاج المنطقي، والأبحاث الإبداعية الخلاقة، وتدوق للقيم الفردية والاجتماعية ومن ثم دمجها داخل إطار تعمل فيه بنسق يوصل المؤسسة إلى أهدافها المرسومة.¹

و اعتبر رواد هذه المدرسة مثل سيزنك و بارسونز بأن المنظمات و كأنها كائن حي تكتسب أهميتها من منظور حاجتها إلي البقاء و تحتاج إلي التفاعل مع البيئة الخارجية لكي تستمر و تحافظ علي وجودها و هي نظام اجتماعي قائم علي العلاقات المتبادلة بين أجزائها وأطرافها لتحقيق الهدف المنشود

¹ سيد هوارى: التنظيم، مكتبة عين شمس، القاهرة، ط5، 1992.

إذا النظام هو مجموعة من الأجزاء التي تشكل وحدة واحدة والتي تؤثر و تتأثر فيما بينها وأيضاً مع البيئة الخارجية المحيطة بها.

- أنواع النظم:

- **النظم المغلقة:** وهي النظم التي لا تتأثر ببيئتها و لا تتفاعل معها ، تعمل حسب طريقة محددة مسبقاً بغض النظر عن بيئتها و ببساطة يمكننا القول أن النظم المغلقة هي تلك النظم التي تتميز بخاصية الاكتفاء الذاتي و الميل نحو السكون.

- النظم المفتوحة:

و هو النظام الذي يتفاعل باستمرار مع بيئته ، فالمصنع مثال منظمات تعمل بالنظم المفتوحة وفي الحقيقة فإن البيئة تقرر مدى استمرار بقاء المصنع أو لا لقد شاع استعمال هذه النظم في العلوم البيولوجية والطبيعية، وكذلك شاع استخدامها في علوم الاجتماعية الأخرى ، والتي من بينها علم الإدارة التعليمية والمدرسية .

- خصائص النظم:

أن جميع أجزاء النظام مرتبطة.

- أن جميع الأنظمة توجد في شكل أنظمة هرمية.

- أن النظام يمر بمرحلة نمو.

- أن النظام يتغير ويتكيف ويتفاعل مع البيئة.

- أن حدود العلاقة مع الأنظمة الأخرى تشكل علاقة هامة.

- انه يمكن فهم الأجزاء إذا تم استيعاب الكل.¹

¹ محمد مهنا العلي: الوجيز في الإدارة العامة، دار السعودية للنشر والتوزيع، جدة، ط1، 1984.

- مكونات النظم:

تفترض هذه المدرسة أن المنظمة تتكون من مجموعة عناصر تتناول التأثير و التأثير فيما بينها وأيضا مع البيئة المحيطة، ويتكون النظام من عناصر أساسية هي:

- المدخلات:

جميع ما يدخل المنظمة من البيئة من مواد بشرية و مادية.

- العمليات أو الأنشطة التحويلية:

ويقصد بها مجموع النشاطات الإدارية و الفنية و العقلية اللازمة للاستفادة من مداخلات النظام (المنظمة) و تحويلها إلى مخرجات (سلع أو خدمات) من أجل تقديمها إلى المجتمع.

- المخرجات:

و تشمل جميع ما يخرج من المنظمة إلى البيئة الخارجية من إنتاج مادي ممثلا بالسلع و الخدمات مقابل ثمن نقدي

- البيئة:

و المقصود بها البيئة الخارجية التي يتفاعل معها النظام و التي تلعب دورا أساسيا في تحديد السلوك التنظيمي كما تؤثر هذه البيئة في توفير المدخلات.

- التغذية الراجعة:

و هي مجموعة المعلومات التي ترد إلى المنظمة حول الآثار السلبية و الايجابية للمخرجات.

- تقييم مدرسة النظم الايجابيات والسلبيات:

- الايجابيات:

1. تتميز إدارة النظم بكونها توفر إدارة تحليلية فعالة في دراسة المنظمة بشكل متكامل .

2. تهتم بدراسة الصورة الكلية للمنظمة بدلا من التركيز على بعض أجزائها.

3. تكشف و توضح العلاقات المتعددة و المتشابكة بين الأنظمة الفرعية و أجزاء المنظمة.

4. تعنى بعلاقات المنظمة مع البيئة المحيطة بها.

- السلبيات:

1. تعلق مدرسة النظم أهمية كبيرة على ترابط و تكامل و تفاعل أجزاء المنظمة بحيث يؤدي أي خلل أو نقص في أحد تلك الأجزاء أو العناصر إلى التأثير في النظام ككل.

2. إن الإغراق في تطبيق النظام قد يؤدي إلى فقد روح الألفة والانتماء للمنظمة و الذي قد يؤدي في النهاية إلى ضعف الإنتاجية أحياناً.¹

ثانياً: الإدارة

1. مفهومها:

يقصد بالإدارة العامة Public administration جميع العمليات أو النشاطات الحكومية التي تهدف إلى تنفيذ السياسة العامة للدولة. فهي موضوع متخصص من الموضوع الأكثر شمولاً وهو «الإدارة»، والإدارة هي تنفيذ الأعمال باستخدام الجهود البشرية والوسائل المادية استخداماً يعتمد التخطيط والتنظيم والتوجيه، وفق منظومة موحدة تستخدم الرقابة والتغذية الراجعة في تصحيح مساراتها، وترمي إلى تحقيق الأهداف بكفاية وفعالية عاليتين. وتفيد في ذلك من العلوم النظرية والتطبيقية، وحين تتعلق هذه الأعمال بتنفيذ السياسة العامة للدولة تسمى الإدارة «إدارة عامة».

فالإدارة العامة تشمل كل هيئة عامة، مركزية أو محلية أوكلت إليها السلطة السياسية وظيفية تلبية الحاجات العامة، على اختلاف صورها، وزودتها بالوسائل اللازمة لذلك، وتشمل أيضاً أسلوب عمل هذه الهيئات وطابع علاقاتها فيما بينها وعلاقاتها بالأفراد.

ولقد تطور مفهوم الإدارة العامة بتطور المجتمعات وتقدمها وتطور وظيفة الدولة الحديثة وتحقق هذا التطور بتأثير عوامل متعددة منها: متطلبات التقدم الاقتصادي، والأزمات الاقتصادية وانتشار الأفكار

¹سيد هوارى: التنظيم، مكتبة عين شمس، القاهرة، ط5، 1992.

الاشتراكية و ظهور النظم السياسية الاشتراكية، مما جعل الدولة محركاً أساسياً للتطور الاقتصادي والاجتماعي ومسؤولة عن تحقيق العدالة الاجتماعية واستمتاع الجماهير بثمرات هذا التطور والتقدم.

وتجلى هذا التطور، على الصعيد الإداري، بإضافة أعباء جديدة تنهض بها الدولة، فضلاً عن الأعباء التقليدية السابقة، مما دعا إلى إحداث أجهزة إدارة جديدة أو تطوير الإدارات القائمة والوسائل التي تستخدمها وانعكس ذلك على نطاق تدخل الإدارة العامة، فلم يعد دورها يقتصر على تنفيذ السياسة العامة للدولة وتحقيق أهدافها بل اتسع نطاق تدخلها أيضاً ليشمل المجال التشريعي. وذلك عن طريق إشراكها في رسم السياسة العامة للدولة في كثير من المجالات والنشاطات العامة والخاصة ولاسيما الاقتصادية منها.

حظيت الإدارة العامة باهتمام الباحثين والعلماء في جميع أنحاء العالم وخاصة الولايات المتحدة الأمريكية فنشأ علم جديد اسمه علم الإدارة العامة. غير أن هذا العلم، بوصفه واحداً من العلوم الاجتماعية التي تعنى «بالواقعة الإدارية» بصفتها ظاهرة اجتماعية، مازال ناشئاً لم تستقر قواعده بعد ولم يتحدد إطاره ومضمونه بدقة.

فهو يتصل بسائر العلوم الاجتماعية مثل علم السياسة وعلم الاقتصاد والقانون العام والمالية العامة وغيرها. كما يقترب كثيراً من علم إدارة الأعمال وذلك على أساس الوحدة والتقارب في التنظيم إلا أنه يختلف عنه كثيراً في الأهداف والوسائل. فالهدف الذي يسعى إليه المشروع الخاص وتهتم به إدارة الأعمال هو الربح، في حين تسعى الإدارة العامة إلى تلبية حاجات المجتمع وتحقيق المصلحة العامة. والإكراه مستبعد في مجال القطاع الخاص ولا تعتمد إدارة الأعمال وسيلة لها ولكنه يؤدي دوراً بارزاً في الإدارة العامة.¹

2. خصائصها:

و يمكن استعراض الخصائص والسمات المميزة للإدارة كالتالي:

- هي نشاط ذهني موجه ومخطط لكافة الأنشطة التي تحتاجها المؤسسة حتى تصل إلى أهدافها بالاعتماد على

الأسس والمبادئ بدلاً من العشوائية والارتجال والتجربة والخطأ.

¹. كمال غالي، الإدارة العامة، مطبوعات جامعة دمشق، 1975 - 1976

- هي نشاط متخصص يحتاج إلى أفراد ذوي معارف و مهارات تمكنهم من أدائها على الوجه المطلوب.
- لها أهداف قصيرة و طويلة تسعى دائما إلى تحقيقها.
- تطبق على الجماعة و ليس على الفرد، كونها تركز على الجهود البشري الذي يعتمد على التعاون الجماعي
- تعتمد على تنفيذ الأعمال بواسطة الآخرين.
- مسؤولة اجتماعيا عن تحقيق المنفعة للمجتمع و ذلك عن طريق تحقيق نوع من التوازن بين مصالح الأطراف المختلفة.
- هي عملية ديناميكية تأثر و تتأثر بالبيئة المحيطة و تعمل على التكيف مع المستجدات الحديثة.
- هي عملية مستمرة لأنها تسعى لإشباع حاجات الإنسان المتجددة، والحفاظ على بقاء المؤسسة¹.

3. أهميتها وأهدافها:

أ. أهميتها:

للإدارة أهمية كبيرة في جميع ميادين الحياة، ويرى Peter Drucker أن التقدم الاقتصادي والاجتماعي ناتجان عن الإدارة، و أنه لا توجد دول متخلفة و إنما دول غير مدارة². فهي تعد إذن أحد أبرز المؤشرات الواضحة التي يمكن من خلالها التمييز بين المجتمعات المتقدمة و النامية، فلقد أثبتت التجارب أن الإدارة الناجحة قد تعوض بكفاءتها و فعاليتها عن قلة الموارد و الإمكانيات كما تعمل على معالجة الخطط الضعيفة و تحسينها و تعزيز تحقيقها في حين أن الخطط الجيدة يمكن أن تفشل في ظل الإدارة السيئة. و تعد الإدارة أهم الوسائل التي يمكن أن يستثمرها الأفراد و الدول من أجل تحقيق أسباب الرخاء و الأمن والتقدم .

¹ عبد الغفار الحنفي، أساسيات إدارة منظمات الأعمال: الوظائف والممارسات الإدارية، الدار الجامعية، الإسكندرية،

2006، ص 15

² Marcel Laflamme، le management :approche systématique، théorie et cas، 3^{ème} édition (Québec : Gaëtan Morin éditeur & associés Litée، 1981)·p.19.

ب. أهدافها:

أما في مجال المشروعات و المؤسسات المختلفة فإن أهمية الإدارة مستمدة من الأهداف المرجوة منها والمتمثلة في ¹.

- قيادة و توجيه المؤسسة لتحقيق أهدافها من جهة و أهداف المجتمع ككل من جهة أخرى.
- تبسيط إجراءات العمل، و تجنب الإسراف و الاضطراب، و الاستخدام الفعال للموارد.
- التأثير الفعال على عناصر الإنتاج، فتصدرها قيادة هذه العناصر يتيح لها تنظيمها والتنسيق فيما بينها بما يتناسب مع ظروف العمل.
- مواجهة التغيرات والظروف البيئية المختلفة، من ظروف سياسية، اقتصادية، ثقافية، اجتماعية وتكنولوجية،
- لتحقيق الاستقرار و التكيف.
- تطوير عناصر الإنتاج، و تعظيم الكفاءات و المهارات البشرية، و إطلاق الطاقات و تجديدها من خلال التأهيل والتدريب و الإعداد.
- تحقيق العدالة و الحوافز للأفراد، و تطوير شخصيتهم الوظيفية و جعلها أكثر فعالية و انسجام مع طبيعة العمل.
- تجميع المعلومات و تحليلها و بالتالي التنبؤ بالأحداث، فهي تعتبر عين المؤسسة الخارجية و الداخلية التي تمدها بالإبداع و التصور الاستراتيجي البناء الذي يساعدها على الاستمرار و النمو.
- العمل على تحسين مكانة المؤسسة و مواجهة المنافسة على المستويين المحلي و الخارجي .و لقد ازدادت هذه الأهمية نتيجة للتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية و التكنولوجية التي تعرض لها المجتمع الإنساني والتي من أهمها:²

¹ عبد الرحمن الشميمري وآخرون، مبادئ إدارة الأعمال: أساسيات والاتجاهات الحديثة، ط1، مكتبة لعبيكان، الرياض،

2004، ص30

² رجي مصطفى عليان، مرجع سابق، ص 15

- النظرة الجديدة للإدارة على أنها علم و فن و مهنة متخصصة.
- ازدياد أهمية الجهود الجماعية على حساب الجهود الفردية التي تحتاج إلى قيادة توجهها نحو الأهداف.
- الفصل بين الملكية والإدارة خاصة في المؤسسات التي يتعدد فيها الملاك، الأمر الذي أظهر أهمية الرقابة والتنظيم لضمان مصالح الأطراف المختلفة.
- ازدياد عدد المؤسسات الإدارية و كبر حجمها و تنوع الخيارات الاستراتيجية المتاحة لها.
- وجود تغيرات ملحة فرضت على الإدارة عبء التخطيط للتغيير ومتابعة تنفيذ هذه الخطط و تقويمها وتوسيع التخصصات الإدارية من أجل تحقيق النمو و التقدم.
- الندرة المتزايدة في الموارد المادية و البشرية، الأمر الذي يتطلب ضرورة التخطيط و الاستخدام الأمثل لها وإدارتها بشكل جيد.
- تزايد قوة التجمعات العمالية الأمر الذي يتطلب وضع سياسات للأجور و ظروف العمل وشروطه....الخ.
- القوة المتزايدة للتجمعات التي تدافع عن المستهلكين و مصالحهم، الأمر الذي يبرز أهمية وضع السياسات
- الخاصة بتحسين الجودة و تحديد الأسعار و غيرها.
- تدخل الدولة في الرقابة على المؤسسات لحماية أفراد المجتمع، و تصاعد أفكار جديدة تنادي بمسؤولية الإدارة نحو المجتمع.
- الدعوة إلى العولمة و ما ترتب عليه من تحديات كبيرة خاصة على الدول النامية التي لن تستطيع مجالات تنوع وجوده منتجات و خدمات الدول المتطورة إلا إذا أحسنت إصلاح و تطوير إدارتها.
- زيادة حدة المنافسة المحلية و الدولية لتطور وسائل الإنتاج الأمر الذي يتطلب التجديد و الابتكار لطرق الإنتاج والتسويق و التوزيع.

- زيادة الاهتمام بتعليم و تدريس هذا التخصص الأمر الذي أدى إلى ازداد عدد الأفراد الذين يملكون معارف ومهارات إدارية.

و في الختام يمكن القول إن الإدارة أمر حتمي لكل أنواع المؤسسات التي فيها جماعات من الأفراد تتشد إلى تحقيق هدف واحد .فالعامل الجماعي و تحقيق التعاون بين أعضائه لن يتحقق دون إدارة جيدة قادرة على قيادة دفة العمل بنجاح¹.

4. وظائفها:

- التخطيط: Planning:

هو العملية التي يتم من خلالها تحديد أهداف المنظمة والموارد الضرورية والأفعال المؤدية إلى تحقيقها ،وتقرير أفضل السبل لإنجازها ،فمن خلال التخطيط فإن المدير يحدد ويصف النتائج ولماذا يجب أن تتحقق هذه النتائج ،فالتخطيط يركز على تحديد الأهداف كجانب أول وعلى سبل أو طرق تحقيقها كجانب ثان ، والتخطيط عمل فكري يعتمد على المخطط وعلى خبرته ومهارته في دراسة الوضع الراهن للمنظمة ،ومحاولة معرفة الظروف المحيطة بها.

- التنظيم: Organizing :

هو عملية تخصيص المهام والموارد وإقامة الدوائر والأقسام والتنسيق بينها لإنجاز الأعمال بشكل فاعل وتتضمن وظيفة التنظيم مجموعة من العناصر منها: تخصص العمل ،تجميع الأنشطة في وحدات تنظيمية علاقات السلطة ،المهام التنفيذية والاستشارية ،تصميم الوظائف ،التنسيق بين الأفراد والوحدات التنظيمية إعداد جداول العمل ،التغيير والتطوير التنظيمي ،إعداد الجداول الزمنية للتنفيذ وغيرها ،فبواسطة التنظيم يستطيع المدراء نقل الخطط إلى فعل حقيقي وتنفيذي من خلال الوظائف والأفراد ودعمهم بالتكنولوجيا والموارد اللازمة².

- صنع واتخاذ القرار: Decision Making:

تهتم هذه الوظيفة بتحديد المشاكل واختيار أفضل البدائل المطروحة لحل المشكلة موضع البحث.

¹ .سعيد محمد المصري، مرجع سابق، ص 3

² عمر محمد درة، مدخل إلى الإدارة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة عين شمس، 2009، ص ص 19-20

وتتمثل نقطة البداية في تحديد المشكلة بدقة وتجميع وتحليل البيانات المتعلقة بها تمهيدا للوصول إلى أفضل بديل ثم تأتي بعد ذلك عملية المفاضلة بين البدائل المعروضة وفق معايير معينة ، ويترتب على عملية المفاضلة اختيار أفضل بديل من البدائل المطروحة لحل المشكلة ، ويتبع ذلك عملية المتابعة والتغذية الراجعة للتعرف على مدى صحة تنفيذ القرار ومدى إسهامه في حل المشكلة.

- القيادة: Leadership:

تعتبر القيادة من أهم أدوات التوجيه فاعلية فهي تمكن المدير أن يؤثر في المرؤوسين للعمل بحماس وثقة لإنجاز الأعمال المكلفين بها، فالقيادة مجموعة من العمليات المستخدمة لجعل أفراد التنظيم يعملون معا لتحقيق مصالح وأهداف المنظمة، وتتكون وظيفة القيادة من أربعة أنشطة رئيسية هي:

أ. تشجيع الأداء المرتفع من جانب المرؤوسين.

ب. التحفيز وزيادة دافعية الأفراد لبذل مزيد من الجهد.

ت. التعامل مع الأفراد والجماعات.

ث. الاتصال والعلاقات الشخصية مع الآخرين.

- الرقابة: Controlling:

تمثل الرقابة المرحلة الأخيرة في عملية الإدارة، وتهدف إلى متابعة التقدم الذي تحرزه المنظمة نحو تحقيق الأهداف، ويقصد بها قياس وتصحيح أداء الأنشطة المسندة للمرؤوسين للتأكد من أن أهداف المنظمة والخطط التي صممت للوصول إليها قد تحققت، فعملية الرقابة تتضمن أربع خطوات هي:

أ. وضع مستويات ومعايير الأداء.

ب. قياس الأداء الفعلي ومقارنته بالمستويات المحددة سلفا.

ت. تحديد الانحرافات عن الأهداف الموضوعية بغرض إجراء التصحيحات المطلوبة.

ث. اتخاذ الإجراءات لتصحيح الأداء وإزالة الفجوة بين المخطط والمنفذ.¹

5. نظرياتها:

دراسة المدارس والنظريات الإدارية بالتفصيل التقليدية منها والحديثة ضروري لمساعدتنا على فهم الوضع الحالي للإدارة والمداخل التي تطورت عبرها حيث إن علم الإدارة بني على خليط من النظريات القديمة والحديثة ودراسة الأشخاص الذين أسسوا هذه المدارس من المهم أيضا معرفة البيئة التي عاشوا فيها التي

¹ عمر محمد درة، مرجع سابق، ص 21

أثرت على أفكارهم ونظرياتهم وفي هذا السؤال لابد من مسح سريع و مختصر عن المراحل التي مر بها الفكر الإداري حيث يمكن أن نقسمها على مرحلتين ما قبل الثورة الصناعية وما بعد الثورة الصناعية التي وجدت البحث والاهتمام، بالإضافة إلى الإدارة في الإسلام التي لم تجد الحظ الوافر من البحث والتطوير إذ أن المسلمون فتحوا و حكموا العالم من أقصاه بالتأكيد هذا العمل الكبير في ذلك الوقت تتطلب التخطيط والتنفيذ الجيد والا لما كانت تلك الانجازات . نجد ان العملية الإدارية كظاهرة حظيت باهتمام كبير في كلا المرحلتين كعلم حديث ومستقل ويعزى هذا الاهتمام إلى طبيعتها ووظائفها وغاياتها إذ أنها تتسم بالحتمية بمعنى أن العملية الإدارية أي انجاز الأعمال في المنظمات لا يتأتى إلا بها وبذلك فليس للمنظمة الخيار في أن تأخذ بها أو ترفضها.

- المدرسة التقليدية :

ظهرت هذه المدرسة في اواخر القرن التاسع عشر وتشتمل على ثلاثة نظريات وهي:

- نظرية الادارة العلمية.

- نظرية البيروقراطية.

- نظرية الادارة العامة.¹

- مدرسة العلاقات الإنسانية :

ظهرت هذه المدرسة في نهاية العشرينات الميلادية من القرن العشرين كرد فعل للمدرسة التقليدية . فقد تبنت استراتيجيات تتصف بأنها على النقيض من استراتيجيات المدرسة التقليدية كما تولي أهمية بالغة للجوانب النفسية والاجتماعية من منطلق ان الفرد قيماً ومعتقدات وعواطف واتجاهات لها كبير الأثر في الكفاية الإنتاجية.²

¹ السواط طلق عوض الله وآخرون، الإدارة العامة المفاهيم الوظائف والأنشطة، دار النوابع للنشر والتوزيع، ط1،

1416هـ، ص 33

² الجسعي خالد سعد، الإدارة: النظريات والوظائف، ط1، 1427هـ، ص 31

- المدرسة السلوكية:

إذا كانت المدرسة التقليدية انطلقت من افتراضات متشائمة حول طبيعة الانسان فقد انطلقت مدرسة العلاقات الإنسانية من افتراضات متفائلة . بينما تمدنا المدرسة السلوكية بنظرة واقعية وعقلانية فهي تؤمن بالفروق الفردية وترفض مبدأ تعميم الأحكام وأن السلوك الإنساني محصلة لتفاعل الفرد مع البيئة المحيطة به.¹

- المدرسة الكمية:

تطور المدخل الكمي خلال وبعد الحرب العالمية الثانية فقد حاولت الشركات الكبيرة الاستفادة من الأساليب التي استعملت في إدارة الجيوش وذلك في حل المشكلات (problème - solving) واتخاذ القرار. يؤكد هذا المدخل على استخدام النماذج الرياضية كالبرمجة الخطية ونظريات المباريات والسلاسل الزمنية والكفاءة الاقتصادية واستخدام الحاسوب.²

- مدرسة الاتجاهات الحديثة:

ظهرت هذه المدرسة في النصف الثاني من القرن العشرين وتحديدا في الستينيات الميلادية وتتطوي هذه المدرسة على مداخل عدة أبرزها . مدخل النظم، مدخل الإدارة الاستراتيجية إدارة الجودة الشاملة، وقد ظهرت حديثا بعض المدارس مثل: الإدارة اليابانية والإدارة الموقفية أو الظرفية.

- الإدارة عند المسلمين

تفردت الحضارة الإسلامية بوجود تنظيم إداري متقدم شمل كل الوظائف الإدارية فالفكر الإداري بدأ يتبلور منذ أن انزل الله سبحانه وتعالى رسالته على الرسول محمد صلى الله عليه وسلم وكان الفكر الإداري في صدر الإسلام الأول يستند إلى نصوص القرآن الكريم وتوجيهات السنة النبوية الشريفة ويقوم على أساس

¹ الجضعي خالد سعد، مرجع سابق، ص 40

² المرجع نفسه، ص ص 43 - 44

من القيم الإنسانية التي لازال الفكر الإداري المعاصر يسعى للوصول إليها. فقد كان المسلمون يطبقون وظائف وعمليات الإدارة المعروفة وهي التخطيط، التنظيم، التوجيه، الرقابة¹.

ثالثاً: إدارة المؤسسة العلاجية

1. مفهومها:

والإدارة بمفهومها العام والشامل تعنى التدبر في استخدام الموارد المتاحة لتقديم أفضل خدمة وخفض التكلفة إلى أدنى حد يحقق ربحية دون التضحية بجودة الخدمة المقدمة وعدم إرهاق المريض وتحمله مصاريف عالية.

وهو ما يعرف بالمعادلة الصعبة في أي مشروع أو مؤسسة وخاصة الخدمية منها كالمستشفى سواء كانت حكومية أو خاصة .

ولذلك أصبح العصر الذي نعيشه هو عصر الإدارة فلم تعد مشكلة دول العالم مشكلة اقتصادية بقدر ما هي مشكلة إدارية .

ومن هنا يتضح أن الإدارة هي الحكم والفيصل في نجاح المستشفى أو فشلها وأن الإدارة هي المسئول الرئيسي عن تحقيق الأهداف الموضوعية أي أن إدارة المستشفيات هو علم يعمل على تحقيق أهداف المستشفى من خلال استخدام الموارد والإمكانات المتاحة مع إمكانية الأخذ بالاعتبار المعوقات المتوقعة وتحديد كيفية التعامل معها أو تفاديها .

ورغم أن الإدارة غير ملموسة إلا أن نتائجها يمكن قياسها حيث أنها وسيلة وليست غاية لتحقيق الأهداف . بالإضافة إلى أن إدارة المستشفيات هي أيضا فن يمكن المدير من تحريك الموارد المختلفة لاستخراج الخدمة المميزة وذلك من خلال الاستعانة بالقوى البشرية العاملة للقيام بأدوار محددة. وإتقان هذه العمليات يحقق أهداف المستشفى بأعلى كفاءة نعطي نبذة عن كل واحدة من هذه العمليات:

- **التخطيط:** ويعنى ضرورة التفكير مسبقا قبل الإقدام على أي خطوة معتمدا على دراسات علمية .ومنطقية وعلى التجارب السابقة حتى تأتي النتائج مطابقة أو متقاربة مع الواقع.

¹ السواط طلق عوض الله وآخرون، الإدارة العامة المفاهيم الوظائف والأنشطة، دار النوايح للنشر والتوزيع، ط1،

- **التنظيم** : وهو تنسيق جهود العاملين وتأکید التعاون بينهم وذلك من خلال التخصص والتقسيم والتسكين المناسب لكل من العاملين بالمستشفى

-**القيادة**: عن طريق توحيد وترشيد المرؤوسين وتحفيزهم لاستغلال كامل طاقاتهم من خلال استخدام الدوافع المادية والمعنوية.

- **الرقابة**: التأكد من مدى مطابقة الخدمة المقدمة من المستهدف وتحديد الانحرافات والتعرف على أسبابها وتحديد أساليب العلاج .

2. نظرياتها:

- وقد ظهرت عدة نظريات كثيرة حتى تصل الإدارة إلى ماهي عليه الآن ومن أهم النظريات التي ساهمت في تطور مفهوم الإدارة:¹

1. نظرية فريدريك تايلور:

حيث يؤكد أن للوصول لأفضل خدمة وأقل تكلفة لابد من توجيه العاملين إلى ترشيد الأداء من خلال الحركة والزمن فنستطيع تقديم خدمة جيدة في وقت قصير حيث انه معروف ان الوقت هام جدا في المستشفيات وفي نفس الوقت لا نهدر أي من الوقت ولا المجهود فنقدم خدمات اكثر بكفاءة كبيرة فيعظم الربح والنتائج في آن واحد.

2. نظرية هنري فايول :

فقد وضع مبادئ وأسس إدارة أي منشأة والمستشفى بالطبع جزء منها هذه المبادئ هي:

- مبدأ تقسيم العمل.
- مبدأ تنسيق جهود العاملين.
- مبدأ توازن السلطة مع المسؤولية.
- مبدأ وحدة التوجيه.
- مبدأ تبعية الأهداف الخاصة للأهداف العامة .

¹www.sites.google.com/site/kenanaonline.com.

- مبدأ الإدارة بالأهداف
- مبدأ الإدارة بالاستثناء.
- مبدأ نطاق الإشراف .

وكل هذه المبادئ قابلة للتطبيق في أي منشأة وبالطبع في المستشفى ومن هذه النظريات السابقة نستنتج أن الإدارة في المستشفى هي عملية اتخاذ عدة قرارات تحكم سلوك وتصرفات القوى البشرية المنفذة للخدمة الصحية.

واستغلال العناصر المادية من أجهزة وتقنيات حديثة لتحقيق هدف محدد بأعلى كفاءة أداء تتمثل في :

- تخفيض الوقت والجهد والتكلفة إلى أدنى حد وتعظيم العائد ألا وهو تحقيق الشفاء والراحة للمريض
- الربح المادي المعقول للمستشفى والعاملين بها يضمن استمرار تقديم الخدمة بنفس الكفاءة
- الإدارة في ظل تحقيق أهدافها لا بد أن تهتم بالجانب الإنساني للعاملين وتوفير الظروف الصحية والاجتماعية لممارسة نشاطهم على أعلى درجة ممكنة.
- تساهم الإدارة في معاونة القيادات على اتخاذ القرارات والأهداف المستقبلية من خلال التفاعل بين عمليات الإدارة السابقة .

ومن أهم التطورات التي مرت بها الإدارة لتصل إلى حد معقول من التقدم هي السطور التالية :

1-هنري فأول: وضع مبادئ وأسس الإدارة .

2-فريدريك تايلور ويسمى أبو الإدارة: وضع نظرية الحركة والزمن.

3-جانيت : اهتمت بالجانب الإنساني وأسس مبادئ التخصص، وأسس الإدارة الديمقراطية، ووضع خريطة جانيت لسير الإجراءات وتتابع الأنشطة.

4-شارل بادج : هو مؤسس الإدارة العلمية التي تركز إلى الاستخدام الآلي في المنشأة وتقسيم العمل والتسكين.

مستويات الإدارة والوظائف والقدرات المختلفة:

نعرف مستويات الإدارة في أي منشأة والمثال الذي سوف نركز عليه لتوضيح الصورة هو مستشفى حكومي في المنظومة الصحي:

- مستوى الإدارة العليا .

- مستوى الإدارة الوسطى .

- مستوى الإدارة الإشرافية أو الدنيا.

بصرف النظر عن المستوى الإداري الذي يحتله المدير في المنظمة فإنه يمارس وظائف الإدارة الأربعة الرئيسية وهي:

التخطيط - التنظيم - التوجيه - القيادة - والرقابة وأيما كان الموقع الإداري والمستوى التنظيمي للمدير فإنه يجب أن يجمع بين ثلاث قدرات مميزة للمديرين وهي:

المهارة العلمية - المهارة الإنسانية - المهارة الفنية تختلف مستويات الإدارة الثلاثة من حيث الأعباء والمسئوليات ولذلك تختلف أهمية كل وظيفة من وظائف الإدارة تبعاً للمستوى الإداري الذي ينتمي إليه المدير

أيضاً بالنسبة للقدرات الإدارية فكل مستوى إداري يحتاج إلى قدرات مناسبة لموقعه ولفهم ذلك نلخص معنى القدرات الثلاثة:

- المهارة العلمية: هي ضرورة توافر النظرة الشمولية والثقافة والإدراك والقدرة على الإبداع والتفاعل مع المتغيرات والمواقف

- المهارة الإنسانية: أي التعامل مع العنصر البشري وهم المرؤوسين وكيفية دفعهم وتوجيههم وتنمية انتمائهم وإخلاصهم.

- المهارة الفنية: القدرة على الارتقاء بكفاءة الأداء مما يستلزم الإشراف والمتابعة وإصلاح الانحرافات.¹

¹www.sites.google.com/site/kenanaonline.com.

خلاصة الفصل:

بعد هذا السرد يمكن لنا أن نجيب على الأسئلة:

- الأسباب التي أدت إلى هذا الكم الهائل من النظريات الإدارية ومازلنا نفتقر إلى النظرية الشمولية افصلها في الآتي :

• أسباب تتعلق بالمفكرين واتجاهاتهم وخلفياتهم العملية مثال: الإحيائي، العسكري، المعلم - الباحث ، المدير الخ.....

• أسباب تتعلق بالفترات الزمنية التي ظهرت فيها هذه النظريات الحدود الزمنية والمكانية

• أسباب تتعلق بالبيئة الخارجية المتغيرة: اقتصادية ، اجتماعية ، سياسية.

• أسباب تتعلق بالبيئة الداخلية للمنظمة: النشاط ، الأهداف ، التقسيم ، عدد العمالة ، العلاقات البنينة ، التنظيمات الغير رسمية النقابات وغيرها.

• أسباب تتعلق بنوعية العاملين ومستوياتهم التعليمية والتدريبية التخصص الحجم الفهم الأهداف والتطلعات.

• أسباب تتعلق بالتوسع في الإنتاج ودخول الآلات الحاسبة (التطور التقني) العولمة وتطور المجتمعات البحث العلمي المستمر للوصول إلى أفضل السبل الإدارية.

• المنافسة ، التسويق ، التضخم ، الانكماش والعديد من الظواهر.

• أسباب تتعلق بمواكبة الطلب المتزايد على السلع والخدمات واختلاف أذواق العملاء.

كل هذه الأسباب وغيرها جعلت من الإدارة وحسب التعريف سابقا بان العملية الإدارية ما هي إلا تفاعلات اجتماعية مستمرة تسعى إلى استثمار القوى البشرية والإمكانات المادية المتاحة بهذا الفهم نؤكد بان البشر والإدارة في حالة تطور مضطرب ومستمر لا يتوقف يتطلب المواكبة في جميع وسائل تحقيق الأهداف المتجددة والمتغيرة بشدة . لذا سننظر نبحت عن أنظمة إدارية ونظريات تواكب هذه التحولات الهائلة .

للإجابة عن السؤال نقول انه لا توجد نظرية شاملة تغطي كل الجوانب إذ أن أي منها له منظور معين واتجاه مختلف.

هذا السرد النظري ما هو إلا انعكاس لما توصل إليه العلماء في هذا الإطار عبر العديد من التجارب والبحوث للوصول إلى الفكر الجيد للاستفادة المثلى في التطبيق العملي ولعل الإطار النظري هذا يدعم ويطور العملية الإدارية ويساعد على الآتي:

* أسلوب يعمل على جمع الحقائق حول الظواهر ومحاولة الربط بين هذه الحقائق ومن ثم التنبؤ والتحكم والسيطرة عليها.

* العمل أو الأداء هو الأساس أو محور هذه النظريات.

* البحث العلمي حول هذه المشاكل والظواهر

* برامج التدريب للمديرين وتعليمهم.

من سمات هذه النظريات عموماً الآتي:

تميل جميع هذه النظريات إلى المثالية ولا بد لنا هنا أن نوضح مثاليته بمعنى: (يجب أن يكون كذا) أو وصفية بمعنى (وصف الواقع) فجميع النظريات مثالية.

* تعكس الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والسياسية خلال فترة زمنية معينة.

* تكون مرتبطة بحدود زمنية محددة (أي صورة تقليدية بمعنى بداية ونهاية النظرية هي نهايتها الكلية)

* تقوم جميعها على عيوب النظرية السابقة لها أي تصحيح مسار السابقة لها.

من وجهة نظري تعتبر مدرسة الاتجاهات الحديثة اشمل نوعاً ما حتى الآن وذلك لاشتمالها على عدة مداخل من أبرزها: مدخل النظم، مدخل الإدارة الاستراتيجية التي تنظر إلى المستقبل وإدارة الجودة الشاملة التي تهتم بالنظرة الشاملة للتحسين المستمر للمنظمة بجميع مكوناتها والنظام الخاص بالقطاع الصناعي وأخيراً مدرسة الإدارة اليابانية والإدارة الموقفية أو الظرفية.

الفصل الثالث

النظام الصحي في الجزائر

أولاً: النظام الصحي أثناء الاحتلال الفرنسي

ثانياً: النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال

ثالثاً: النظام الصحي بالجزائر بين 2010 - 2015

رابعاً: المؤسسة العلاجية في الجزائر

تمهيد:

اختلف الوضع الصحي للشعب الجزائري من فترة تاريخية إلى أخرى، فقد مر بعدة مراحل متباينة في ما بينها، وهو ما يلاحظ من خلال كل الوثائق التاريخية والكتابات المترجمة لذلك الوضع السائد في مختلف الفترات بمختلف عناصرها، ومع ذلك ظهر التحسن في الوضع الصحي كلما انتقلنا من مرحلة إلى أخرى، كنتيجة للتطور الحاصل في المجال الطبي، ونعني به تحسن الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي القائم في كل مرحلة من المراحل المختلفة.

ما يمكن الإشارة إليه في تقديم هذا الفصل هو أن استعمال مفهوم الصحة العمومية على المستوى الدولي لم يظهر إلى الوجود إلا مع بداية القرن التاسع عشر، وهو يعني تنظيم مصالح الصحة الموجهة إلى شريحة كبيرة من السكان، وهو ما يسمى اليوم بنظام الصحة.

وسنتناول في هذا الفصل ثلاث مراحل أساسية مر بها النظام الصحي في الجزائر، المرحلة الأولى سنتطرق فيها إلى الوضع الصحي قبل الاحتلال الفرنسي، أما في المرحلة الثانية فسنتناول فيها النظام الصحي أثناء الاحتلال الفرنسي للجزائر، وأخيرا سنتكلم عن النظام الصحي في الجزائر بعد استرجاع السيادة الوطنية.

أولاً: النظام الصحي أثناء الاحتلال الفرنسي:

صاحب احتلال الجزائر ظهور مؤسسة صحية تخدم مصالح المنطق الاستعماري، حيث يصاحب كل احتلال منطق ضروري لتثبيت وجوده وتوطيده.

وإذا كان لنا أن نعرف أهم التغيرات التي صاحبت هذا الاحتلال وأثرها على بنية و تركيبة المجتمع الجزائري ، سنتطرق إلى النظام الصحي باعتباره وسيلة من وسائل التغيير ، وذلك من خلال تقسيم هذه الفترة إلى ثلاث مراحل أساسية :

المرحلة الأولى: 1830 - 1850 :

عرف قطاع الصحة باعتباره عنصرا مهما في تحقيق الهيمنة ، عدة إجراءات وأشكال تتماشى مع التطور العام للاحتلال والأهداف التي يصبو إلي تحقيقها .

كان المستوطنون في فجر الاحتلال يتكونون أساسا من العسكريين وما يرافقهم من فريق طبي (ممرضين وأطباء عسكريين) وتمثل دورهم في المساندة وتقديم الرعاية الدائمة للجيش.

لم يهتم الاحتلال الفرنسي بتطوير النظم الصحية التي كانت موجودة قبل غزوه للجزائر وإنما كان هدفه الأساسي في هذه المرحلة المبكرة هو العمل على بسط قوته ونفوذه على كامل التراب الجزائري ، وبهدف جذب وكسب تأييد السكان وبالتالي تسهيل الهيمنة والاستيطان ، فقد تم تقديم العلاج لهم عن طريق الممرضين والمسعفين ، ولكن بصفة عامة فإن الأهالي المدنيين رفضوا ونفروا من الاستفادة من العلاج والإسعاف الذي يقدمه العسكريون ، الذين اعتبروا أعداء دائما.

تم في عام 1832 م إقامة مستشفى في كل من الجزائر ، وهران ، وعنابة (بونة سابقا).

وفي 1834 م مستشفى في بجاية وآخر في الدويرة وفي مستغانم في عام 1835م وفي عام 1837م آخر في قالمة ، وفي البليدة عام 1839م و في عام 1843م سجلت قائمة المصحات المتنقلة و المستشفيات المفتوحة للمدنيين وكذا العسكريين (مدينة بوغار ، تنس ، ثنية الحد).

وفي عام 1845م كانت الجزائر برمتها تعد 38 مستشفى¹ .

إن وجود هذه المستشفيات من مستلزمات الحرب بالفعل ، ولكن جميعها كانت تخصص بها ملحقات للمدنيين الموالين للنظام الاستعماري .

يقول بوزين Bousin أحد الأطباء الفرنسيين ” أن الطب عمل تحضيري وتمديني من جهة ، ومن جانب آخر يشكل مؤسسة سياسية بإمكانها من خلال استقطاب العرب إلينا ، المساهمة في توسيع نفوذنا وتأثيرنا السلمي على قبائل المناطق الداخلية ”²

لقد لعب قطاع الصحة في المرحلة الأولى من مراحل الاحتلال الفرنسي دور المساندة والدعم لتثبيت قدم المحتلين في الجزائر وخدمة الجيش الاستعماري حيث نجد مثلا أنه سنة 1835م بلغ عدد الأطباء 80 طبيبا معظمهم يقطن بمراكز إقامة المستوطنين الفرنسيين و الأوروبيين وذلك لخدمتهم والحفاظ على صحتهم. تعتبر هذه الفترة عسكرية ما عدا مناطق الجنوب التي لم تحتل بعد، في هذه الفترة كان توزيع العلاج يتم من طرف مصلحة الصحة العسكرية أي بواسطة العسكريين، حيث تم وضع عيادات وسيارات إسعاف ثابتة ، وهذه الهياكل كانت توضع في المناطق الأهلة بالعسكريين وهذا لخدمتهم.

المرحلة الثانية: 1850 - 1945:

عكس المرحلة الأولى التي تبقى فترة قصيرة جدا ولم تعرف تطور كبير من ناحية الرعاية الصحية للسكان، فإن هذه المرحلة عرفت تطورا كبيرا ، حيث شهدت ميلاد مؤسسة صحية حقيقية تخدم مصالح الاحتلال الفرنسي في الجزائر .

- ما ميز هذه المرحلة هو المقاومة الكبيرة للشعب الجزائري في شكل مقاومات وثورات شعبية للاحتلال، مما دفع بالاحتلال الفرنسي إلى اتخاذ سياسة أخرى أكثر عدوانية ولكن إنسانية في ظاهرها ، وهي إنشاء نظام صحي يهتم بصحة الجيش الفرنسي والسكان المدنيين من الأوروبيين والجزائريين .

¹ إيفون تيران ، المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمر (ترجمة : محمد عبد الكريم أوزغلة) الجزائر، دار القصبية، 2007،

ص 17.

² المرجع نفسه، ص 34.

- اهتمت الإدارة الفرنسية في هذه المرحلة بتطوير النظام الصحي المدني وذلك باتخاذ عدة إجراءات كان أهمها:¹
- تشجيع الأطباء الغربيين على الهجرة إلى الجزائر والعمل في العيادات الطبية.
- إنشاء دوائر طبية .
- إنشاء مستشفيات مفتوحة للأوروبيين .
- تدعيم وجعل المستشفيات الموجودة مفتوحة خاصة للأوروبيين .
- تدعيم وجعل المستشفيات العسكرية مختلطة .
- إنشاء هيئات علمية ومؤسسات طبية جديدة .
- إنشاء مؤسسات وهيئات مساندة ، ويتعلق الأمر بإنشاء كلية الطب بجامعة الجزائر ومعهد باستور ، والمخزن العام للمصالح المدنية للصحة .
- كما تم تكوين المساعدين الطبيين من الأهالي عام 1904م وإنشاء عيادات للأهالي عام 1907م والمرضات الزائرات عام 1926م .
- وكانت المؤسسة الصحية مؤلفة من أبع أشكال للتنظيم وهي:
- 1- تنظيم صحي عسكري كوسيلة منطقية وضرورية للمستوطنين .
- 2- تنظيم صحي مشابه لذلك الموجود في المترو بول ، تم إدخال ما يعرف بالطب الليبرالي لأول مرة .
- هذين التنظيمين كان موجهين للأوروبيين والجزائريين العاملين في القطاعات التالية: البريد والمواصلات، السكك الحديدية ، عمال المناجم ، النقل والورشات الصناعية ، وكان يقدم خدمات صحية مرضية بصفة عامة ، وهذا ما يسمى بطب المستعمر *médecine de l'occupant* أو الطب الاستعماري² .
- 3- تنظيم قائم على المساعدة الطبية المجانية، موجه للسكان الأصليين المحرومين، وبالطبع للعمال في قطاع الفلاحة الذين يمثلون قوة العمل في المزارع الاستعمارية.
- 4- شكل من الطب التقليدي المحصور في الأرياف والجبال، ولكنه كان مهدد باستمرار من قبل الأشكال الأولى للتنظيمات الصحية.

¹خروبي بزارة عمر ، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر3، ص 31 .

²خروبي بزارة عمر ، المرجع السابق، ص32.

- إن التطورات التي حدثت في النظام الصحي في الجزائر المستعمرة ، جاءت للاستجابة لمطالب المستوطنين الفرنسيين والأوروبيين من جهة ، ومن جهة أخرى فإن التطورات والإجراءات التي أدخلت على النظام الصحي المدني وكذا العسكري ، كانت مجرد وسيلة إستراتيجية للإدارة الفرنسية كمحاولة لكسب تأييد الجزائريين لمشروع الاحتلال ، لأن المستشفيات ومراكز العلاج التي سمح للأهالي الاستفادة من خدماتها ، كانت تلاقي حذرا وتخوفا كبيرا من قبل المرضى الجزائريين ، ولم يكونوا يعالجون فيها إلا إذا تفاقم المرض ولم تتمكن الأسرة من علاجه ، فضلا عن هذا فإن العلاج عند الفرنسيين يعتبر تديسا لشرف الأسرة وكرامتها.

نستنتج أن تطور النظام الصحي في هذه الفترة لم يكن بريئا ولا إنسانيا لصالح السكان والأهالي، بقدر ما كان سياسة استعمارية جديدة تهدف من خلالها فرنسا إلى توطيد علاقتها مع السكان والأهالي وذلك للقضاء على الثورات الشعبية من جهة ، والحركة الوطنية من جهة أخرى ، هذه الأخيرة قامت في سنة 1954م بإشعال فتيل الثورة التحريرية ، والتي جاء على إثرها استرجاع السيادة الوطنية .

المرحلة الثالثة : 1945 - 1962¹

- إن الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدهور الذي مس الشعب الجزائري كنتيجة للسياسة الاستدمارية العنصرية التي أخذت في تطبيقها فرنسا في الجزائر (باستثناء البعض من الجزائريين الذين كانوا محظوظين لمعاملتهم بنفس المعاملة لدى الأوروبيين)، ساهم وبشكل كبير في تدهور الوضع الصحي للأهالي جراء انتشار الأمراض والأوبئة والفقر والمجاعة ، وهذا ما أدى إلى ظهور حركة وطنية تدافع على حقوق الجزائريين السياسية منها والاجتماعية والاقتصادية ، وكان ذلك نتيجة لانبعاث وبروز الوعي الوطني لدى الشعب الجزائري الذي عرف حقيقة الاحتلال وهيمنته .

- ما ميز هذه المرحلة هو أن الاحتلال الفرنسي أدخل بعض التحسينات على النظام الصحي القائم ن وبطبيعة الحال ليس لصالح الغالبية من الشعب الجزائري ، وإنما لصالح أفراد الجيش الاستعماري والمستوطنين الأوروبيين وكذا الخدم من الجزائريين .

- إن ظهور الحركة الوطنية بتنظيماتها وتشكيلاتها المختلفة ، (نجم شمال إفريقيا في سنة 1926، جمعية العلماء المسلمين في سنة 1931 ، حزب الشعب الجزائري في سنة 1937) جعل الشعب الجزائري يطالب

¹ أنور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 116.

بحقوقه بطريقة قانونية منظمة ، ومن بين ما كانت تنادي به ، العدالة والمساواة في استفادة كل الجزائريين دون تمييز عرقي أو ديني أو طبقي من خدمات الصحة وامتيازات الضمان الاجتماعي .

- لم يكن لهذه الأحزاب والجمعيات تأثير فعال وواضح على التنظيم الصحي الاستعماري ، والذي واصل تدعيمه للعمل على الاستجابة لمصالح المستوطنين الأوروبيين ، وساعد الحظ القلة من الجزائريين المتقنين ممن كانوا أعضاء في المجالس الانتخابية في الإدارة الاستعمارية والعمال في القطاعات الصناعية ، من الاستفادة من امتيازات الضمان الاجتماعي ، والاستفادة من مصالح الصحة المخصصة للأوروبيين .

- أدت الممارسات غير الإنسانية من طرف الاحتلال الفرنسي في حق نشطاء الحركة الوطنية من قتل وسجن وتعذيب ونفي إلى تغيير هذه الأخيرة من مطالبها ، حيث أضحت تنادي بالاستقلال بعدما كانت تنادي بالاندماج ، وهو ما أدى بها إلى إعلان اندلاع الثورة التحريرية في 1 نوفمبر 1954م ، وعليه فإن اندلاع الثورة التحريرية سوف يكون له تأثير حقيقي على مستقبل النظام الصحي للجزائر أثناء الاحتلال وبعد استرجاع السيادة الوطنية .

- نشأة النظام الصحي لجبهة التحرير الوطني FLN 1954:

إن النظام الطبي للثورة الجزائرية كان يمتاز بصفتين أساسيتين وهما:

الثورية والشعبية ، فهو نظام ثوري في تكوين الإطارات وإحضار الأدوية وفي العلاج ، أما الصفة الثانية التي هي الشعبية ، فتظهر في كون طب الثورة لم يكن خاصا بوحدات جيش التحرير الوطني وعناصر جبهة التحرير الوطني فقط ، بل كان شاملا لكافة أبناء الشعب وكان مجانا ، وهذا لإضفاء الطابع الشعبي للثورة بالمفهوم الواسع لها ¹

- تميز النظام الصحي للثورة التحريرية بفترتين متباينتين:

الفترة الأولى تمتد من 1954 إلى 1956 وتميزت بالعشوائية وعدم التنظيم ، حيث كان النظام الصحي قائما على العلاج الأولي أو الإسعافات الأولية ، وكان في مجمله غير مؤطر وغير مجهز بما فيه الكفاية. والفترة الثانية تمتد من 1956 إلى 1962 ، حيث تميزت بانعقاد مؤتمر الصومام في 20 أوت 1956 الذي نظم الثورة التحريرية ، بما فيها تنظيم قطاع الصحة ومنحه طابع المؤسسة، حيث تم تنظيمه وتقسيمه إلى خمسة مستويات: القسمة - القطاع - الناحية - المنطقة - الولاية ، حيث يعتبر القطاع أساس هذا النظام في حين أن الناحية تضمن التنسيق بين القطاعات .

¹ أنور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 116.

- تمثلت المؤسسات الصحية غالبا من بنايات على شكل كوخ أو بيوت من الطين ومخابئ مهيأة على شكل مستشفى ، كما كانت التجهيزات والوسائل المستعملة بسيطة جدا تأتي أغليبتها من المؤسسات الصحية الاستعمارية بواسطة أطباء وممرضين جزائريين يعملون بالمستشفيات الأوروبية ، ولكنهم ينتمون إلى جبهة التحرير الوطنية ويعملون لصالحها ، أما فيما يخص الأشخاص المؤطرين ، فإنه يجدر الإشارة إلى الاستجابة الفعالة للطلبة والثانويين نتيجة الإضراب التاريخي للطلبة الجزائريين في 19 مايو 1956 مما سمح بدخول العديد من الطلبة في صفوف جيش التحرير الوطني ، بما في ذلك طلبة كلية الطب وممرضين وأطباء جراحين وصيدلة انظموا إلى صفوف الجهاد وعملوا على تدعيم وتطوير نظام الصحة للثورة .

- أما فيما يخص النظام الصحي لجبهة التحرير الوطني فقد تركز على ضمان الخدمات أو النشاطات الآتية: وذلك رغم نقص الإمكانيات المادية والبشرية ¹.

1- نشاطات خاصة بتقديم العلاج والفحوصات للمجاهدين والجنود ، والكشف على حالتهم الصحية والقيام بعمليات جراحية غالبا ما تكون صعبة .

2- نشاطات خاصة بالوقاية ، خاصة من الأمراض المعدية.

3- نشاطات خاصة بتكوين المساعدين الطبيين خاضع لاحتياجات ومتطلبات الفترة.

- امتدت هذه النشاطات فيما بعد والتي كانت موجهة في أول الأمر إلى جنود ومجاهدي جيش التحرير الوطني إلى السكان المدنيين بالدواوير والجبال .

إن الخدمات الاجتماعية بما فيها الخدمات الصحية لجبهة التحرير الوطني تأسست أول الأمر لتلبية احتياجات العلاج لجيش التحرير الوطني ، في بداية الأمر كان منتجي الصحة من أطباء قليل جدا لا يكفي لتغطية التراب الوطني وتقديم العلاج المناسب ، فكان دور الأطباء غير كافي ومحدود ، فكان كل قطاع يعتمد على مصادره الخاصة، بحيث يكون هناك طبيب واحد أو ممرض لتقديم الإسعافات الأولية للمصابين من الجنود في الحرب وكذلك تقديم العلاج للمجتمع المدني ، ونعني بذلك عامة الشعب دون استثناء.

ولكن مع بداية سنة 1957 بدأت تتحسن وضعية النظام الصحي لجيش التحرير الوطني، حيث ازداد عدد الأطباء وتم تكوين عدد كبير من الممرضين وهذا بفضل الطلبة الجزائريين الذين كانوا يدرسون في كليات

¹A.Bouchrit.Dj.Auuldabbas.M.Toumi.Le système de santé durant la gurre de l'libération national, Ministère de la santé,Alger,1983,p42.

الطب الفرنسية بالجزائر وفرنسا ، مما جعل جيش التحرير الوطني مدرسة لتكوين الممرضين ، وهو السبب الذي دفع بالإدارة الاستعمارية إلى اتخاذ إجراءات شديدة لمراقبة دخول المنتجات الصيدلانية¹.

بشأن التنظيم الداخلي للنظام الصحي للثورة فكان منظما كما يلي:

يلحق النظام الصحي رأسا إلى النظام العسكري، وكل الذين يخضعون إلى النظم العسكرية التي يخضع لها جيش التحرير الوطني، عدا نظام المرشدات الاجتماعيات فإنه كان يتبع إلى الميدان السياسي .

- يمنع على القائمين على المستشفى أن يتجولوا أو يتصلوا بأي شخص، ويمنع عليهم أن يخبروا بمكان المستشفى ، كما يمنع أن يتصل بهم أي شخص أو يعرف مكانه .
- بالمستشفى فرقة خاصة بالحراسة، وجلب التموين والاتصال بإدارة القسم والناحية المسؤول العسكري بصفة خاصة..

- يزود المستشفى بالتموين لمدة أطول ما يمكن ، مع أسبقية المستشفى في الأكل واللباس .
- يمنع على الممرضين المتجولين أن يظهروا أنفسهم بأن مهنتهم هي التمريض أو الطب إلا عند الحاجة.
- أن لا يحمل الممرض من الدواء إلا أقل كمية، أما الباقي فهو مخزن تحت الأرض.
- كل ما يخص المستشفى من تموين وأدوات ودواء يجب أن يخزن في أماكن خاصة لا يعلم بها إلا اثنان أو ثلاثة.

- هناك ساعي البريد خارج المستشفى يقوم بتبليغ الأوامر².

- نظرا لقوة الثورة وشموليتها دفع بالشعب الجزائري إلى الالتفاف حولها ، مما عقد من مهمة الإدارة الاستعمارية ، لذلك عمدت إلى هذه الأخيرة إلى بعض الإصلاحات السياسية والاقتصادية وهذا لصالح الغالبية الكبرى من الشعب الجزائري ، هذا في ظاهرها ولكن النية الحقيقية للاحتلال من وراء هذه الإصلاحات هو عزل الثورة عن الشعب مما يسهل عملية القضاء عليها ، ومن بين هذه الإصلاحات ما جاء في مخطط قسنطينة سنة 1958 والذي خصص مبلغ 182.3 مليون فرنك فرنسي كغلاف مالي لقطاع الصحة والبرامج الصحية ، وذلك سنة 1959 ، وانتقل المبلغ إلى 330.6 مليون فرنك فرنسي سنة 1962 .

¹Ipide. P75.

² أحمد الشنقيري، قصة لثورة الجزائرية من الاحتلال الى الاستقلال، بيروت، دار العودة، بدون سنة، ص20.

- بقيت هذه الإصلاحات حبر على ورق ما عدا السماح للطلبة الجزائريين الالتحاق وبأعداد مهمة بكلية الطب بجامعة الجزائر ومدارس تكوين المساعدين الطبيين ، أما باقي الشعب الجزائري في المحتشدات والقرى المعزولة بقي يعاني حقد وبطش الاحتلال الفرنسي

كتب أحد مراسلي جريدة النيويورك تايمز يقول بأن ” الجنرال باولاني ” ذكر له بأنه يستطيع أن يقتل 30 ألف ، 40 ألف وحتى 100 ألف إذا اقتضى الأمر ، هذه المقتبسات ليست في حاجة إلى تعليق أو تعقيب.

فالوضع الصحي الحرج للشعب الجزائري الذي ميز الفترة الاستعمارية كان عبارة عن سياسة مدروسة من طرف الاحتلال الفرنسي الذي جرب كل الطرق والوسائل في سبيل القضاء على الوجود الجزائري ، وما الإصلاحات التي قام بها في فترات متباعدة ما هي إلا أقراص منومة من أجل القضاء على المقاومة التي تعرض لها منذ بداية الاحتلال فالإصلاحات التي مست النظام الصحي والتي باشرت الإدارة الاستعمارية في الجزائر كانت ، كانت في الواقع لصالح الفرنسيين والأوروبيين ولم يستفد منها الشعب الجزائري إلا القليل ممن كان موالي للإدارة الاستعمارية ، ومن جانب آخر ظهور نظام صحي مؤسس وإنساني في طبيعته وتوري في أهدافه ، ألا وهو النظام الصحي لجبهة التحرير الوطني والذي كان موجه لأفراد جيش التحرير الوطني من جهة وموجه كذلك لتقديم العلاج للسكان من جهة أخرى ، حيث يعتبر النظام الصحي لجبهة التحرير الوطني البذرة الأولى لبروز النظام الصحي للجزائر المسقلة في عناصره وأهدافه.

ثانيا: النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال

- كما جاء ذكره في المبحث السابق فإن فترة الاحتلال الفرنسي تميزت بعدم التوازن التوازن الجهوي واللامساواة فيما يخص صحة السكان، بحيث وجهت كامل الجهود للاعتناء بالصحة العسكرية والأفراد المستوطنين ، وتركزت المراكز الصحية في المدن الكبرى بصفة خاصة ، فالوضعية الصحية للسكان الجزائريين كانت صعبة جدا وتميزت بانتشار الأمراض والأوبئة ، كالمalaria والسل والكوليرا والتيفوئيد والاسهال...إلخ

- في حين كانت المدن الكبرى في الجزائر بها مستشفيات وأطباء، كان الريف الجزائري يعتمد على الطب التقليدي والأعشاب الطبية، بسبب عدم وجود مراكز صحية بها، حيث نسجل قرابة 300 طبيب فقط لـ 10 ملايين نسمة.

- غداة الاستقلال كان وجوبا عللا الحكومة الفتية أن تعمل على تغيير الوضع، فكان عليه تحديد الأولويات معرفة التحديات والرهانات ، عن طريق وضع سياسة وطنية صحية تهدف من خلالها إلى القضاء على

الأمراض والأوبئة ، ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال التي كانت بنسبة عالية جدا ، وكذا بناء الهياكل وتكوين الإطارات الطبية والشبه طبية والإدارية.

- وعليه يمكن تقسيم هذه الفترة إلى أربع مراحل أساسية، نبين من خلالها مدى حرص الحكومة الجزائرية على تطوير النظام الصحي وجعله يتماشى واحتياجات السكان إلى الرعاية الصحية ، وهذا من خلال وضع سياسات وطنية بمجموعة من البرامج ، والأهداف التي القصيرة المدى والمتوسطة والطويلة المدى ، مع توفير الإمكانيات والوسائل المتاحة في تلك الفترة ، إذا علمنا أن هذه السياسات اتخذت مباشرة بعد استرجاع السيادة الوطنية طبعاً .

- المرحلة الأولى: 1962- 1974 بروز ونشأة النظام الصحي الجزائري:

الصحة ليست حق أساسي فقط وإنما هي كذلك مصدر أساسي للتطور الاجتماعي والاقتصادي والفردى ، وعلى أساس هذا المبدأ عمدت الجزائر في كل الدساتير التي سنتها إلى جعل مبدأ حق المواطنين في حماية الصحة أساسى¹ لا يمكن نكرانه أو تجاهله .

- كما جاء ذكره فإن الجزائر ورثت عن الاحتلال الفرنسي وذلك في سنة 1962م لحالة صحية أقل مايقاقل عنها أنها متدهورة ويرثى لها ، فالنظام الصحي الموجود آنذاك كان متمركزا في المدن الكبرى بالجزائر العاصمة ، وهران وقسنطينة ، ويتمثل النظام الصحي خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات ، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية ، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم² .

- اتخذت الجزائر بعد استرجاع السيادة على أراضيها النهج الاشتراكي كنظام اقتصادي ، وكقطيعة مع النظام الليبرالي الاستعماري ، وكان لزاما على الحكومة استبدال الشكل الصحي الاستعماري الموروث بشكل آخر يختلف عنه في عناصره وأهدافه.

- غداة الاستقلال ، كانت الجزائر تعد حوالي 500 طبيب (50% جزائريين) وذلك لتغطية احتياجات السكان الذين قدر عددهم آنذاك بحوالي 10.5 مليون نسمة ، أما الوضعية الصحية في هذه الفترة فقد كانت تتميز بوفيات الأطفال خاصة الرضع ، والتي كانت بنسبة مرتفعة تجاوز معدلها 180 من الألف، وأمل حياة لم يصل إلى 50 سنة ، وكان انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية السبب الرئيسي للوفيات .

¹ نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص132.

² المرجع نفسه، ص131.

- وأمام هذه الوضعية ومحدودية الموارد المتوفرة ، سطرت وزارة الصحة هدفين رئيسيين وهما:
- إعادة توزيع المؤسسات الصحية (عامة وخاصة) وكذا الأطباء على مختل جهات الوطن للسماح لكل السكان الاستفادة من العلاج بشكل متساوي (إجبارية العمل بنصف الوقت في القطاع العمومي بالنسبة للممارسين الطبيين في القطاع الخاص ، وتشكيل فرق طبية متنقلة)
- مكافحة الوفيات والقضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة .
- كما تميزت هذه المرحلة بوضع عدة برامج صحية موجهة لحماية الفئات المحرومة، وبذلك فقد تم تأسيس التلقيح الإجباري للأطفال.¹
- أما المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية فتتمثلت في:
- الوقاية: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه، وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.
- علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل والمعدات الضرورية.
- تميزت هذه الفترة بذهاب الأطباء الفرنسيين، بحث تقلص عددهم من 2500 طبيب إلى 630 طبيب
- مكافحة الوفيات والقضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة .
- كما تميزت هذه المرحلة بوضع عدة برامج صحية موجهة لحماية الفئات المحرومة ، وبذلك فقد تم تأسيس التلقيح الإجباري للأطفال.²
- أما المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية فتتمثلت في:
- الوقاية: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه ، وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.

¹ براحو فاققة سهيلة، إصلاح المنظومة الصحية، واضح وأفاق، مجلة دراسات إستراتيجية، الصادرة بالجزائر، عدد 06، سنة 2009، ص 113.

² كريم النشاشيبي وآخرون، الجزائر: تحقيق الاستقرار والتحول إلى اقتصاد السوق، صندوق النقد الدولي، واشنطن 1998،

- علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية ، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية ، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل والمعدات الضرورية .
- تميزت هذه الفترة بذهاب الأطباء الفرنسيين ، بحث تقلص عددهم من 2500 طبيب إلى 630 طبيب مع نقص فادح في الهياكل الصحية، أما عن المؤشرات الخاصة بالصحة العمومية هي كالآتي:

-نسبة وفيات الأطفال 180%.

-أمل الحياة 50سنة.

-عدد الأطباء 1,2 إلى 1,6 لكل 10.000 ساكن.

-أطباء الأسنان من 1 إلى 2 لكل 100.000 ساكن

-الصيدلة 3 لكل 100.000 ساكن

تم خلال هذه الفترة تأسيس الصيدلية المركزية الجزائرية والتي تهتم بإنتاج واستيراد وتوزيع الأدوية بالجملة، أما التوزيع بالتجزئة فكان موزع على القطاع العام والخاص.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم، حيث بلغ سنة 1966م، 163مستشفى بسعة 39418سرير، و 256مركز صحي، وبعده 364طبيب و 20.000شبه طبي وحوالي 19000مستخدم إداري، وشهدت سنة 1974م زيادة في عدد السكان حيث وصل إلى 15.6 مليون نسمة، وزيادة في عدد الأسرة بلغ 41728سرير، وبلغ عدد المراكز الصحية 558مركز، وزيادة في عدد الأطباء بلغ 1425طبيب، وإنشاء ما يسمى بالقطاع الصحي حيث بلغ العدد، 2143وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962م.

تسمى هذه الفترة بطب الدولة، من خلال المؤسسات الإستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء ، وكانت تسير من طرف وزارة الصحة التي تم إنشائها كوزارة قائمة بذاتها في سنة، 1965وقبل ذلك كانت مندمجة في وزارات أخرى، ونجد المراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية في المدن والبلديات، والتي كانت تسير من طرف البلديات، ومراكز النظافة المدرسية التي كانت تسير من طرف وزارة التربية والتعليم

هذا من جهة، ومن جهة أخرى كان هناك قطاع خاص يقدم علاج ذو ابع لبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء العاملين في القطاع الخاص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة وذلك في إطار تعاقد مع بداية المخطط الوطني من جهة وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ في سنة 1964 وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالة في سنة 1966م من جهة ثانية، أخذت الأمور تتحسن وذلك من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبي، وكذلك صدور مرسوم رقم 96-69 المؤرخ في 9 / 7 / 1969 والمتعلق بإجبارية التلقيح ومجانيته، الذي ساهم بشكل كبير في مكافحة الأمراض المعدية من خلال التلقيح ضد الشلل ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بمساعدة منظمة الصحة العالمية.

نستنتج من خلال هذه الفترة أن الحكومة الجزائرية بذلت مجهودات كبيرة في سبيل تحقيق أهدافها المتمثلة أساسا في إنشاء نظام صحي فعال، بحيث يستطيع إلى حد كبير تلبية احتياجات المواطنين من حيث الوقاية والعلاج رغم محدودية الإمكانيات المادية والبشرية والتقنية، خاصة إذا علمنا أن مرحلة بداية تشكيل المؤسسات السياسية والدستورية للدولة الجزائرية، ومع ذلك نسجل عدم وجود إنصاف في توزيع الرعاية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية من جهة، وعدم وجود توزيع جهوي عادل بين الشمال والجنوب من جهة أخرى، حيث تتمركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الرئيسية.

أما فيما يخص القطاع الخاص كان تقريبا على الهامش وهذا لعدم اهتمام الدولة به، وحرصها على أن يبقى القطاع العام هو المحرك الأساسي للنظام الصحي في الجزائر.

المرحلة الثانية 1974-1989:

بسبب الضغط الاجتماعي الكبير (زيادة عدد السكان) من جهة، وعودة الأمراض والأوبئة من جهة أخرى (عدم قدرة النظام الصحي القائم بإمكانياته المتواضعة من تلبية كل احتياجات العلاج للسكان)، جاء قرار تأسيس الطب المجاني ، وهو أهم قرار اتخذته السلطة السياسية في سبيل التكفل بالطبقات الفقيرة من السكان، وهو قرار سياسي يتوافق والنظام السياسي والاقتصادي الاشتراكي الذي سارت على وجه السلطة السياسية في الجزائر، بحيث لا يمكن عزل أو فصل قرار مجانية العلاج عن أي سياسة اجتماعية أو اقتصادية أخرى اتخذتها السلطة في تلك الفترة.

ما ساعد السلطة السياسية في هذه الفترة على اتخاذ قرار مجانية العلاج هو ارتفاع سعر البترول، ويمكن القول أن قرار مجانية العلاج هو منحرج حقيقي ونقطة بداية لوضع سياسة صحية وطنية اشتراكية المنهج.

نستطيع القول أن من مميزات الخطاب السياسي في هذه الفترة، هو عزفه على وتر المصطلحات الكارزمية مثل العدل والمساواة بين جميع المواطنين في الاستفادة من العلاج والوقاية والرعاية الاجتماعية، وفي هذا الصدد تقول عالمة والباحثة في علم الاجتماع Annie Thebeaud: "أن التحولات المرتبطة بتطبيق الطب المجاني والتنظيم القائم على القطاعات وإصلاح التكوين والدراسات الطبية نابع عن إرادة سياسية ضرورية بالسماح للشعب الجزائري استعمال نظام العلاج بشكل واسع." لقد سجل في هذه الفترة على مستوى السياسة الصحية ثلاث قرارات أساسية:

- تأسيس الطب المجاني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية، بداية من شهر جانفي من سنة 1974 مما يسمح بتعميم استفادة المواطنين من الخدمات الصحية.

- إصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين، مما يسمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية.

- تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي، لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي.

إن تأسيس الطب المجاني في هياكل الصحة العمومية، دعمه النص الأساسي للأمة من خلال الميثاق الوطني 1976 حيث جاء فيه ما يلي: "في مجال الصحة فإن الدولة مكلفة بضمان الصحة والحفاظ على صحة السكان وتحسينها" وكذلك من خلال قانون الصحة لسنة 1976 "تعمل مصالح الصحة بشكل يجعلها سهلة الاستعمال لكل السكان، مع ضمان أكبر قدر من السهولة والفعالية وذلك للاستجابة للاحتياجات الصحية، من جهة أخرى لم تتخذ الدولة نهائيا عن الطب الليبرالي الذي كان مقتصرًا على قاعات للفحص، وتسويق المواد الصيدلانية، حيث اتخذت الدولة عدة إجراءات نحو القطاع الخاص، منها القرارات المتخذة سنة 1976 التي تترك المجال مفتوحًا لممارسة الطب الحر، والاختيار بين الوقت الكامل *plein temps* ونظام نصف الوقت، والاختيار بين القطاع العام والقطاع الخاص، كذلك قرارات سنة 1979 الناتجة عن حركات الإضراب لسنة 1977 وذلك بالسماح للأخصائيين العاملين بالمراكز الجامعية الاستشفائية الاختيار

بين القطاع العام أو القطاع الخاص، كما تركت اللجنة المركزية أثناء دورتها سنة 1980 الباب مفتوحا أمام الممارسة الخاصة للطب، وذلك بالنسبة للأطباء الذين استجابوا للخدمة الوطنية.

إن المشاكل التي عرقلت عمل المنظومة الصحية في الجزائر كانت كبيرة، حيث أن الإستراتيجية الصحية المرتكزة حول المستشفى والخدمات العلاجية، أدت إلى تهميش الرعاية الأولية والوقاية، وكذلك الاكتظاظ والازدحام داخل المستشفيات بالقطاع العمومي، نقص وندرة الأدوية وأهم المشاكل على الإطلاق هو تدني الأجور لدى الأطباء و عمال القطاع ككل ، مما ساهم في تدهور الأوضاع على مستوى النظام الصحي العمومي ، وهذا ما أدى إلى هجرة الأدمغة خاصة الأطباء منهم سواء إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص، حيث أن هذا الأخير وجد الفرصة سانحة لنموه والارتقاء بخدماته كما ونوعا ، لكن يبقى المواطن البسيط لا يستطيع الاستفادة من العلاج في القطاع الخاص بسبب التكلفة الكبيرة، حيث يعمل بصيغة الدفع المباشر (طابع ليبرالي¹).

هذه الوضعية أريكت السلطة السياسية في الجزائر، مما استدعى المسؤولين في أعلى هرم السلطة إلى تخصيص المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني FLN في ديسمبر 1980 لملف الصحة فقط وهذا كاستثناء.

احتوت قرارات المؤتمر الرابع على 159 نقطة، وهي تعتبر بمثابة خطة لتطوير نظام الصحة الوطني، وهذا نتيجة وعي السلطة بدرجة خطورة وضعية النظام الصحي العمومي والخوف من منافسة نظام صحي ليبرالي بدأ في التطور، وتعتبر هذه القرارات ذات طابع سياسي إستراتيجي من جهة ، بحيث تعمل السلطة على المحافظة على النظام الصحي العمومي، ومن جهة أخرى تضيق الخناق على القطاع الصحي الخاص وتركه على الهامش.

نذكر من بين أهم القرارات التي خرج بها المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني والخاص بإصلاح النظام الصحي الجزائري:

1- إنشاء نظام صحي اشتراكي أو نظام قائم على الخدمة الوطنية للصحة، حيث تم إقرار إعادة تنظيم القطاع بكامله بحيث يكون موحد ومتجانس، أي إلغاء قطاع الشبه العمومي par public، وذلك بإدماج مجموع نشاطاته الصحية والوقائية ضمن نشاطات القطاع العام، بارتباط المؤسسات الصحية بالحماية

¹ La Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, p 176

الاجتماعية الموجودة ضمن الحدود الجغرافية للقطاعات الصحية، ولقد طبقت هذه العملية سنة 1984 بالنسبة للهياكل والمؤسسات الموجودة (عيادات طب الأسنان والمستشفيات الصغيرة المتخصصة وعيادات طب الأطفال، عيادات الولادة والمراكز الطبية الإستشفائية¹).

2- النظام الصحي جزء مدمج ومهم في التطور الاقتصادي والاجتماعي، هذا يعني أنه لن يكون هناك تطور اقتصادي دون تطور النظام الصحي، ولذلك يجب إدراج عنصر التخطيط في تسيير هذا القطاع الحساس من خلال تخطيط الوسائل المادية وتكوين الموارد البشرية حسب الأهداف المسطرة، وكذا التخطيط للنشاطات والبرامج الصحية كبرنامج حماية الأمومة والطفولة، برنامج تباعد الولادات ونظافة المحيط، وطب العمل.

3- نظام صحي متعدد المشاركة الذي يجمع قطاعات معينة أو مهتمة وحتى السكان، أي دعوة كل القطاعات الأخرى للاشتراك في وضع سياسة صحية فعالة مثل قطاع الشباب والرياضة، قطاع البيئة والجماعات المحلية.

أما فيما يخص هياكل ومؤسسات النظام الصحي في هذه الفترة، فقد عرفت تطورا نسبيا من حيث العدد، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (01) : يبين هياكل ومؤسسات النظام الصحي للفترة الممتدة من 1979 إلى 1989

السنوات	عدد السكان (مليون)	القطاع الصحي	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	العيادات المتعددة الخدمات	المركز الصحي	الأطباء	الشبه الطبي	الإدارة
ND	ND	4561	644	157	44885	162	16	18,3	1979
ND	ND	9106	914	285	50210	215	195	21	1984
ND	ND	13395	1147	370	60040	261	105	24,4	1986
39600	60000	25000	1500	428	65000	261	178	25	1989

المصدر: المدرسة الوطنية للصحة العمومية 2008

ND: رقم غير متوفر.

¹ التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2006.

نستنتج أن هذه الفترة شهدت تشييد عدد معتبر من الهياكل الصحية وخاصة المستشفيات العمومية والهياكل القاعدية (عيادات متعددة الخدمات ومراكز الصحة)، وذلك لتحقيق مبدأ المساواة في الاستفادة من الرعاية الصحية ومجانية العلاج.

تم خلال هذه الفترة إنشاء 13 مركزاً إستشفائياً جامعياً بمهام ثلاثة وهي: الرعاية وتقديم العلاج ، التكوين والبحث 1 وكان ذلك في سنة 1986.

تراجع نسبة الوفيات خاصة وفيات الأطفال، وهذا بفضل البرامج الوطنية للصحة (برنامج محاربة مرض السل ونقص التغذية، برنامج التلقيح الإجباري والآني...)، كما سجلت هذه المرحلة تراجع ملحوظ للأمراض المتنقلة، وأمل الحياة انتقل من 50 سنة في 1962م إلى 65 سنة في سنة 1989م¹. من الناحية القانونية والتشريعية فقد تم تنظيم مهنة الطب في الجزائر عن طريق القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 هـ الموافق ل 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

لقد شهدت النفقات الوطنية للصحة في الجزائر نموا مطردا، حيث انتقلت من نسبة 1,6 % من الناتج الداخلي الخام (PIB) (في سنة 1973م إلى نسبة 3,7% سنة 1980م و 4,4% سنة 1985م ونسبة 6,0% في سنة 1988م وأخيرا وصلت إلى نسبة 5,4% من الناتج الداخلي الخام في سنة 1989م ، في حين تطورت ميزانية قطاع الصحة بنسبة 961% خلال 12 سنة (1974-1987) وشهد الاقتصاد الوطني نموا وصل إلى 5% فقط خلال نفس المدة الزمنية، أما تمويل ميزانية النظام الصحي نلاحظها من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (02): يبين النفقات الوطنية للصحة في الجزائر في الفترة الممتدة من 1980 إلى 1989

السنوات	1980	1985	1988	1989
ميزانية الدولة	17,9	20,0	19,9	29,3
الضمان الاجتماعي	57,2	60,3	60,2	39,9
السكان	26,0	24,0	18,6	18,7
مساهمات أخرى	2,3	1,1	1,1	5,4

المصدر: البنك الدولي. النسبة %:

¹ www.sites.google.com/site/ons.dzp

نلاحظ من خلال الجدول أن ميزانية الدولة بالنسبة للنفقات على النظام الصحي العمومي، في تراجع مستمر بينما مساهمة الضمان الاجتماعي في ارتفاع، ويعود هذا التراجع إلى نقص الموارد المالية الكافية لتغطية التكاليف المرتفعة.

المرحلة الثالثة 1989-1999:

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية و سياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة و غير مسبوقه، و اللاستقرار في كل المجالات ما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل والبنى التحتية التربوية و التجارية والصناعية و الهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة، فضلا عن استفحال الظواهر كالبطالة و المحسوبية و بروز طبقة برجوازية طفيلية تمكنت من جمع ثروات مالية ضخمة يصعب جمعها في نظام حر إلا بمرور أجيال.

ومع ذلك فقد عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية والتي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية لإضفاء أكثر إنسانية على الهياكل الإستشفائية الوطنية و عصرنتها وإضفاء نجاعة أكبر عليها.

فمعظم هذه المراسيم قد تمت في الفترة ما بين 1993 و ، 1996 نذكر منها المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 1993/1/2 و المتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية، و المرسوم التنفيذي رقم 140/93 المؤرخ في 1994/3/30 و المتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية، و المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/2/9 المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء، و المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/3/30 المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي و تجاري ، المرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 1994/9/25 المتعلق بإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات، المرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 1995/4/9 المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم، المرسوم التنفيذي رقم 68/96 المؤرخ في 1996/1/27 المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة والسكان، المرسوم التنفيذي رقم 355/96 المؤرخ في 1996/10/19 المتعلق بإنشاء شبكة المخابر للتجارب و التحليلات القيمة، المرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في 1998/7/13 المتعلق بالنفقات لتجهيزات الدولة و من بينها التجهيزات الصحية و العمليات المركزية.

لقد طرأ تحول كبير على الصعيد الاجتماعي في الجزائر على كل المستويات¹:

- على المستوى الصحي فقد تمثل التحول في عودة بعض الأمراض والأوبئة المتنقلة عن طريق المياه، وظهور الأمراض المزمنة كالسكري وأمراض القلب والتنفس، و يعود هذا الوضع إلى قلة النظافة العمومية و تدهور السكنات و توسع رقعة الفقر بالإضافة إلى نقص التغذية عند بعض الطبقات الاجتماعية، و كذا التغيرات المناخية.

- على المستوى الاقتصادي و الاجتماعي فكان التحول راجع إلى ضعف الدخل و حجم المديونية الكبير بحيث تراوح من 37,28 مليار دولار سنة 1990 إلى 72,25 مليار دولار سنة 1993 ليصل إلى 47,30 مليار دولار سنة 1998.

هذه العوامل أدت إلى تدني المستوى الاجتماعي، كنقص توفير العمل وبالتالي ارتفاع نسبة البطالة بسبب تقليص الدولة من النفقات العمومية، بما في ذلك الإنفاق على الصحة العمومية.

إن نقص الموارد المالية قلص من أداء القطاع العام للصحة في مواجهة الطلب على الخدمات الصحية و الإستشفائية ، خاصة مع تدهور قيمة العملة الوطنية، حيث بات موضوع إقتناء الأدوية والأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة في الجزائر، وعلى إثر ذلك جاء قرار سياسي عبارة عن منشور وزاري في 1995م و المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الإستشفائي، جاء في قانون المالية لسنة 1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث و بالمعوزين، أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي².

أما فيما يتعلق بالتغطية من حيث الهياكل الصحية لسنة 1998 فيمكن الاستدلال على ذلك من خلال الأرقام التالية:

-سرير لكل 1000 نسمة.

¹ بومعراف إلياس، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، ع 2009، 7-2010، ص 29

² وزارة الصحة والسكان، المنشور الوزاري رقم 1 المؤرخ في 08 أبريل 1995م، المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى، ص 2

-عيادة لكل 60731 نسمة.

-مركز صحي لكل 25454 نسمة

-قاعة علاج لكل 6667 نسمة1.

وللتذكير فإن من بين 4862 سرير والخاصة بعيادات الولادة نجد أن 654 سرير غير مشغلة، أما بالنسبة للعيادات المتعددة الخدمات فنجد من بين 482 عيادة 06 عيادات غير مشغلة، ونجد من جهة أخرى عدد 610 قاعة علاج من بين 4390 قاعة غير مشغلة، أي نسبة 13% من هذه الهياكل ، ويعود هذا أساسا إلى الأسباب الأمنية التي عرفتها البلاد في العشرية الأخيرة، إذ أن أغلب قاعات العلاج موجودة في المناطق الريفية النائية.

أما بشأن المؤشرات الصحية لهذه الفترة فهي كما يلي:

-نسبة الزيادات 25,3 %.

-نسبة الوفيات العامة 6,04 %.

-نسبة وفيات الأطفال 44 %.

-متوسط أمل الحياة 68 سنة2.

في حين كان تطور عدد المستخدمين كما يلي3:

-عدد الأطباء الجزائريين 28274 .

-عدد أطباء الأسنان 7966 .

-عدد الصيادلة 4022.

-عدد التقنيون السامون 41657.

-عدد التقنيون في الصحة 30048.

-عدد أعوان الصحة 14206.

أي ما يعادل - طبيب واحد لكل 1123 نسمة¹.

-طبيب أسنان واحد لكل 4033 نسمة.

-صيدلي واحد لكل 7818 نسمة.

و يمكن إحصاء عدد الهياكل المسجلة في هذه الفترة على النحو التالي:

-عدد المستشفيات 223.

-عدد الأسرة 60000.

-عدد العيادات المتعددة الخدمات 465.

-عدد المراكز الصحية 1144.

-عدد عيادات الولادة 433.

-عدد قاعات العلاج 4222.

أما ما يخص التجهيزات الطبية فكانت تسجل أعطال كثيرة حيث وصلت إلى ما يزيد عن 20% و مرد هذا إلى تقليص الغلاف المالي للصيانة و التجهيز، هذا التدهور المالي و الهيكلي والتجهيزات رافقه انتشار الأمراض ، والتي هي مؤشر واضح عن تدني في المستوى الصحي للسكان وظهور الأمراض المسماة بأمراض الفقر وقد سجل في أواخر هذه الفترة الحالات المرضية التالية وهذا حسب الديوان الوطني للإحصاء لسنة 1999م 2 :

-مرض التيفود سجل 2427 حالة.

-مرض الإسهال سجل 2892 حالة.

-الحمى سجلت 3434 حالة.

¹ ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 86-25 مؤرخ في 2 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ 11/02/1986م المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 6، الصادرة بتاريخ 3 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ 12 فيفري 1986م، ص 115.

-التسمم الغذائي سجل 1095 حالة منها حالة وفاة واحدة.

عملت وزارة الصحة على إنشاء هياكل الدعم لمؤسسات النظام الصحي وهذا من أجل مراقبة تحسين الأداء داخل المؤسسات الصحية العمومية ويمكن حصر هذه الهياكل كما يلي:1:
-إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية LNCPP في سنة، 1993 وهذا من أجل المراقبة الدائمة لكل أنواع الأدوية قبل طرحها في السوق

-إنشاء الصيدلانية المركزية للمستشفيات PCH في سنة، 1994 وهذا لضمان تمويل المؤسسات الصحية بالمنتجات الصيدلانية.

-إنشاء الوكالة الوطنية للدم، ANS 1995 وهذا لتطبيق السياسة الوطنية للدم.

-إنشاء الوكالة الوطنية للإعلام الصحي ANDS 1995 والتي تتكفل بتطوير الإعلام والاتصال في المجال الصحي.

-إنشاء المركز الوطني لمراقبة الوسائل والمنتجات الصيدلانية CNPM 1998

-إنشاء المركز الوطني للتسمم CNT 1998 وهذا للتكفل بدراسة وتقويم كل ما يخص أخطار التسمم.

-إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه الطبي INPFP في، 1996 وذلك للتكفل بالتعليم والتكوين والبحث في المجال الشبه الطبي.

رغم المجهودات المبذولة من طرف الحكومة في سبيل تطوير قطاع الصحة، وتحسين الخدمات في مجال الرعاية الصحية بالنسبة للمواطنين، إلا أن ذلك لم يغير في الوضع المزري الذي أصبح يعيشها قطاع الصحة في الجزائر، حيث أصبحت مديونية المستشفيات مرتفعة جدا مما يعيق عمل هذه الأخيرة، وهذا ناتج عن سوء التخطيط والتسيير المصاحب لعدم عقلانية الإنفاق العام، والاستعمال العشوائي للموارد المرصودة، وغموض العلاقة بين النظام الصحي وقطاع الضمان الاجتماعي¹.

¹ وزارة الصحة والسكان، إصلاح النظام الوطني للصحة، تقرير عن المؤتمرات والحلقات الدراسية، الجزائر: ديسمبر 1990.

المرحلة الرابعة 1999-2009:

تعتبر هذه المرحلة ، مرحلة تجديد الثقة في استرجاع الأمن والاستقرار للجزائر بعد عشرية دامية أدت إلى إضعاف مؤسسات الدولة مما منعها من القيام بالدور المنوط لها دستوريا، وهو حماية المواطن وتوفير الاحتياجات اللازمة لأفراد المجتمع في شتى المجالات، وقطاع الصحة أحد هذه المجالات التي أولتها الدولة الاهتمام الكبير.

و لقد تم في بداية هذه الفترة وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق.

ويهدف البرنامج الحكومي في هذا المجال كذلك، إلى تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي والتكوين المستمر، ومن أجل ترقية القطاع والرفع من أداء المؤسسات الطبية وتحديثها لاستيعاب الطلب المتزايد للمواطنين على الخدمات المقدمة، مع تشجيع القطاع الخاص. ولتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن، عملت الحكومة أيضا على تطبيق سياسة جديدة في مجال توزيع الأدوية، هدف إلى تشجيع الأدوية المماثلة وتقديم الدعم للأدوية الضرورية الخاصة بالأمراض المزمنة والخطيرة، كما عملت على تقوية تجهيزات المستشفيات الجهوية من أجل تخفيف الضغط على المراكز الإستشفائية الجامعية وفتح أقطاب طبية جديدة، وعلى تعزيز تدبير النظام الصحي في مجال الوقاية والطب الإستشفائي.

إن تطبيق الخريطة الصحية الجديدة ساهمت في تعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها، وأدت إلى تقريب الصحة من المواطن، كما ساهم القطاع الخاص في تحسين هذه الوضعية، حيث وصل عدد العيادات إلى 286 و عدد الأخصائيين الخواص 5095 والطب العام 6205 طبيب، أما عن الاعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحي لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة، فقد شهدت تطورا مستمرا، حيث بلغت نسبة 76,70% في مشروع قانون المالية لسنة 2008 مقابل 58% خلال سنة 1999 م .

وبالنسبة لتوزيع نفقات الصحة العمومية، فإن نسبة 42,08% تأتي من ميزانية الدولة، في حين يساهم صندوق الضمان الاجتماعي بنسبة ، 28,04% وما تم إنجازه خلال السنوات الأخيرة من حيث عدد الأسرة يمثل ربع ما أنجز خلال 46 سنة، حيث بلغ 15500 سرير دون إدخال في الحسابان القطاع الخاص.

وتدل نتائج الدراسات التي قام بها المركز الوطني للدراسات وتحليل السكان والتنمية CENEAP على أن معدلات الفقر في الجزائر سجلت انخفاضها خلال السنوات الأخيرة، اعتمدت هذه الدراسات على عينات من عائلات يفوق دخلها 2 دولار/اليوم/الفرد، أما عن نسب الفقر العالية فهي تخص المناطق الريفية.

أما فيما يخص المؤشرات الصحية فلقد جاءت كما يلي¹:

-أمل الحياة بلغ حسب بيانات منظمة الصحة العالمية 71 سنة لدى الذكور و 73 سنة لدى الإناث، أما حسب الإحصائيات الرسمية الوطنية فهي 75,1 سنة مع تعداد سكاني فاق 34,4 مليون نسمة في أبريل 2008 ونمو سكاني بنسبة 1,78%.

-الانتقال الوبائي الذي تشهده الجزائر، حيث تم القضاء بصفة نهائية على معظم الأمراض المتنتقلة(الجذام، الحصبة، الدفتيريا، ومرض السعال الديكي)، أما عدد حالات مرض السل فقد بلغ حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية في 2007 حوالي 8439 حالة، وظهور الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسكري، وارتفاع ضغط الدم والسرطان، حيث تبين أن نسبة 10,5% من السكان مصابون بهذه الأمراض في مقدمتها أمراض ارتفاع ضغط الشرايين بنسبة 4,38% وتليها أمراض السكري بنسبة 2,10%.

-معدل وفيات الأطفال دون الخامسة 37%.

-معدل وفيات الأطفال حديث الولادة 22%.

-معدل وفيات الأطفال الرضع 35% :ذكور و 30% إناث.

-معدل وفيات البالغين بين 15 و 60 سنة 147% :ذكور و 121% إناث.

-نسبة وفيات الأمومة 180 :لكل 100000.

أما عن الهياكل الصحية العمومية فقد بلغت سنة 2007 حسب إحصائيات فيفري 2008 :

*المستشفيات العمومية 240 :بعدها 35157 سرير.

*المستشفيات الخاصة بالأمومة 511 :عيادة .

¹ محمد لمين أجال لعجال ، هجرة الكفاءات العربية، الأسباب والمقترحات للحد منها (حالة الجزائر)، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر: معهد العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 1990، ص 197.

*الهيكل العمومية للصحة الجوارية:

-العيادات المتعددة الخدمات 1477:

-المراكز الصحية 338:

-قاعات العلاج 5117: قاعة و 324قاعة غير مشغلة¹.

*المؤسسات الإستشفائية الجامعية EHU: 01 بعدد 740 سرير.

*المراكز الإستشفائية الجامعية CHU: 13 بعدد 12697 سرير.

*المؤسسات الإستشفائية المتخصصة EHS: 54 بعدد 9785 سرير.

*الوكالات الصيدلانية 1019: وكالة 1.

الهيكل الصحية للقطاع الخاص :

-العيادات الطبية المتخصصة 5206::

-العيادات الطبية العامة 6179::

-عيادات طب الأسنان 4381::

-الصيدليات 6689::

-العيادات الطبية الجراحية 164: عيادة.

-عيادات تشخيص الأمراض 13: عيادة.

¹ كيشرود بشير، لخلف عثمان، "الصحة ومكونات المحيط"، أحداث إقتصادية، مجلة شهرية، عدد 31، الجزائر، سبتمبر

1988. ص 12.

تطور عدد المستخدمين:

- عدد الأطباء 35368: طبيب أي 11 طبيب لكل 10000 ساكن.

- أطباء الأسنان 9553: طبيب أي 03 لكل 10000 ساكن.

- 17 سرير لكل 10000 ساكن.

- الشبه الطبيين 69749: أي 22 لكل 10000 ساكن.

أما في مجال التغطية بالأدوية، فقد عملت الدولة على تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية من خلال إلزام الموزعين الأجانب بالاستثمار محليا وكذا بواسطة منع استيراد الأدوية التي يسمح الإنتاج المحلي بتغطية الطلب الوطني عليها، وتشجيع استعمال الأدوية الجنسية.

أما عن نظم التأمينات في الجزائر، فهو تحت وصاية هيئة عمومية وحيدة وهي صندوق التأمينات الاجتماعية، تغطي خدمات كافة المؤمنین سواء كانوا أجراء، غير أجراء أو مستخدمين. ويمول صندوق الضمان الاجتماعي من طرف اشتراكات كل من:

-الأجراء

-العاملين المستقلين

-المتقاعدين

-المجموعات الخاصة (الطلبة، المعوقين، أفراد الأسر المؤمنین)

ويغطي نظام التأمينات 28 مليون فرد أي ما يعادل 87% من إجمالي السكان¹.

أما فيما يخص القطاع الخاص، فقد شهد بعض التطور من خلال زيادة عدد قاعات العلاج، التي أصبحت تقوم بالعمليات الطبية الوقائية و الإستشفائية على حد سواء، في حين لم نتعرض إلى القطاع الخاص بنوع من التفصيل لأن دراستنا ستكون وبدرجة كبيرة مرتكزة على الجانب الاجتماعي والمهني للمستخدمين الطبيين في النظام الصحي العمومي.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، الدستور 1976، ص 30

ثالثا: النظام الصحي بالجزائر بين 2010 - 2015

إن المشاكل الصحية الجديدة المرتكزة حول أمراض ثقيلة وعصرية إلى جانب المنافسة مع القطاع الخاص تحتم على مؤسساتنا الصحية التزود بتكنولوجيات معقدة ومختصين وإلى تحول عميق لطرق تسييرها وذلك بأن يترك التسيير البيروقراطي المبني على تسيير موازنة تقليدي المكان إلى تنظيم يسمح باستقلالية تسييرها ويعمل على خفض تكاليفها وتصحيح مواطن خللها وتوقيف تدهور نوعية العلاج وذلك بأن تقدم خدمات صحية كميا أكثر من جراء الضغط الديمغرافي ونوعيا أحسن وأكثر تعقيدا بأحسن تكلفة مع ضرورة التحكم في التكنولوجيات العلاجية الحديثة مع الأخذ بعين الاعتبار الوضع الاقتصادي الاجتماعي للجزائر. إن البحث عن المردودية وعن الأمور المذكورة أعلاه يتطلب تجديد تام لأدوات التسيير وقنوات الاتصال وتدرج الهياكل الصحية لقطاع الصحة.

تتمثل هذه الأدوات فيما يلي:

تعتبر الموارد البشرية أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية لذلك لا بد من تحفيز وتحريك هذه الموارد وذلك بتحسين أجورهم ومختلف العلاوات إلى مستويات تسمح لهم بالعيش الكريم والتفرغ كليا إلى المرضى خاصة وأن عدم رضاهم وغضبهم سببه الرئيسي ضعف مستويات أجورهم كما رأينا ذلك سابقا. وأن ترتبط الأجور بالعمل المقدم حتى يمكن مكافأة المستخدمين الأكفاء بمختلف وظائفهم وبالتالي تشجيعهم على بذل المزيد من الجهود.

كما يجب وضع سياسة للتكوين المستمر لجميع مستخدميها والسهل على تنفيذها وتقييمها تكون حركية لأن مستقبل هذه المؤسسات مرتبط بها.

كما يجب على مسؤولي هذه المؤسسات استخدام التقنيات الحديثة فيما يخص تحديد الاحتياجات من الموارد البشرية أي أن التوظيف يكون مبررا واستخدام أدوات الاختيار مناسبة لكل صنف من المستخدمين: الاستبيان المقابلة الاختبارات من أجل اختيار أحسن المترشحين لشغل أحسن وظيفة. وبالتالي تبعد عن أسلوب المحاباة والمحسوبية في الاختيار حتى لا توظف أشخاص ليسوا في المستوى وبالتالي تكون نتائج هذا التوظيف وخيمة.

كما يجب عليها أن تهتم بالاتصالات الداخلية في هذه المؤسسات وأن تشجع المبادرات وأن تعمل إدارتها على إشراك جميع المستخدمين في القرارات التي تهم تسيير ومستقبل مؤسساتهم.

والعمل على تحسين ظروف العمل وتوفير المواد المستهلكة الأدوية الأساسية بصفة دائمة حيث في الكثير من الحالات ينتظر المرضى بسببها الشيء الذي يسمح بالتكفل التام بالمسائل الصحية للمواطنين. من أجل تحسين إيرادات هذه المؤسسات لابد من إعطاء لهذه المؤسسات الحرية في تحديد أسعار خدماتها لتعكس مستوى تكاليفها كما هو الحال في القطاع الخاص. كما أنه حان الوقت لوضع مخطط محاسبي وطني استشفائي يتماشى مع المتطلبات الحديثة يسمح باستخدام أدوات المحاسبة التحليلية من أجل تحديد مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها.

الاهتمام بالصيانة الدورية للمعدات والتجهيزات الطبية التي تتوفر عليها هذه المؤسسات والعمل على توفير قطع الغيار لها الشيء الذي يسمح بالتكفل الصحيح بالمرضى وتقديم خدمات صحية في المستوى¹.
رابعاً: المؤسسة العلاجية في الجزائر

ويتمثل ميدانها في المؤسسات العلاجية أو عناصر الوقاية الطبية، والطبية الاجتماعية و حماية البيئة، إلا أن سياسة صحية كاملة لا ترمي فقط إلى علاج الأمراض و لكن الوقاية منها، إطالة الحياة، تحسين الصحة ، و الحياة العقلية و البدنية للأفراد و هذا ما يتطلب أنشطة جماعية تتمثل في²:

– الأنشطة الوقائية : و هناك أنشطة وقائية أولية تهدف إلى اتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع ظهور الأمراض، و أنشطة وقائية ثانوية تهدف على الاكتشاف المبكر للأمراض يسمح بمعالجتها بسرعة و بفعالية و أقل تكلفة .

– الأنشطة العلاجية : و هذه العلاجات هي مقدمة و أما من طرف أطباء بعياداتهم أو من طرف مؤسسات استشفائية عامة أو خاصة، أو من طرف مراكز صحية مختلفة .

و إن هذه الوظيفة التي تقوم بها المؤسسة العلاجية تسمح بضمان استمرار المجتمع و تظهر على مستواها كصورة مصغرة نسبياً للمجتمع الذي يتضمنها : الصراعات ، التلاعبات و الاتفاقيات الموجودة على مستوى هذا الأخير بين الفئات الاجتماعية المتباينة

¹ www.sites.google.com/site/djazairess.com//

² بن فرج الله بخته، المريض بين القطاع الصحي العام و القطاع الصحي الخاص، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر2، 2001، صص 101-102

- تعريف المستشفى:

تعتبر المؤسسة الاستشفائية ، مؤسسة صغيرة في تبعية للمؤسسة السياسية و المؤسسة الاقتصادية كهيئة تقدم خدمات كانت قديماً مرتبطة بالمؤسسة الدينية¹.

و قد أعطت المنظمة العالمية للصحة *O.M.S* تعريفين للمستشفى

- التعريف الأول تطبيقي و يعرف المستشفى بأنها «منشأ أو مؤسسة يخدمها بصفة مستمرة على الأقل طبيب ، يضمن للمرضى إلى جانب الاستشفاء العلاجات الطبية و التمريضية».

- أما التعريف الثاني فيعرف المستشفى على أنه « عنصر منظمة ذات طابع طبي واجتماعي ، أين تتضمن وظيفته في ضمان العلاج الطبي الكامل للسكان ، شاق أو علاجي ، ووقائي ، و أين مصالحه الخارجية تشع و تنتشر حتى الخلية العائلية ، و هو أيضاً مركز تدريس للطب و البحث البيواجتماعي» ، أو ببساطة هو « مؤسسة تأوي المرضى الذين يتلقون العلاجات الطبية و التمريضية » و هو أيضاً « مكان أين الحياة هي الشغل الشاغل ».

فالمستشفى إذن هو عنصر ، في جهاز إنتاج و توزيع العلاج ، مندمجاً في نظام صحي ضمن بنيات صحية أخرى مختلفة عنه ، عيادات حرة ، مستويات ، مراكز لرعاية الأمومة و الطفولة ، مخابر إلخ ... و يكون المستشفى في علاقة خاصة مع هذه الوحدات و من هنا ينتظر منه القيام بدور رئيسي و خاص و هو تلبية الاحتياجات في ميدان الصحة

- أهداف المستشفى :

حسب مالينوفسكي *MALINOWSKI* يتبع المستشفى هدف رباعي يتمثل في :³

- العلاج للمرضى .
- الوقاية أي تحسين صحة المواطنين من خلال التربية الصحية الوقاية الأولية و الاكتشاف المبكر للأمراض (الوقاية الثانوية).

¹C.COUVREUR, Sociologie et hôpital , édition A.Deboek , Bruxelles , 1978. p 41.

²-Encyclopaedia Universalis ,carpus 11, Editeur à Paris , 1990 , p 658 .

³ بن فرج الله بخته ، مرجع سابق ، ص 107

- التعليم الجامعي و تكوين المستخدمين الشبه طبيين .
- البحث على مستوى المرضى .

و عموما تنحصر الأهداف المتعددة للمستشفى في خدمات الرعاية الطبية و التعليم و التدريب و البحث . و هكذا تتخصص معظم المستشفيات في توفير خدمات الرعاية الطبية لمرضاها ، و في نفس الوقت قد تمثل هذه التنظيمات التربة الخصبة للتدريب الأساسي الذي يمكن أن يكتسب منه الأطباء الخبرات القيمة ، و إنه لمن الواضح أن أي من هذه الأهداف يعتبر هدفاً بالغ الأهمية في أي وقت غير أن رعاية المرضى غالباً ما ينظر إليها باعتبارها في مقدمة هذه الأهداف .

و هذه الأهداف تحقق بواسطة أنشطة و هي تطبيق المعرفة الطبية والتي بدورها تعطي نتائج متفقة مع الغرض المنشود من قبل المؤسسة :استعاد الصحة

و حسب الترتيب الذي وضعه إيتزيوني *ETZIONI* فإن المستشفى العمومي يندرج ضمن المنظمات المعيارية أين اشتراك الموظف يكون أخلاقي بمعنى أن الفرد لا يدرج حسابات و لا يتاجر ما يقدم للمنظمة فهناك وفاق بين قيم الفرد و أهداف المنظمة¹.

و للمستشفى تنظيم اجتماعي يتمثل في " التنظيم الرسمي " و التنظيم " غير الرسمي "فالأول عبارة عن لوائح محدد تحدد أهداف المستشفى و سياستها و الإجراءات الواجب اتباعها لتحقيق هذه الأهداف ، وتحديد للوظائف و الأدوار و الواجبات و الحقوق للعاملين بالمستشفى بفئاتهم المختلفة و كذلك أساس الاتصالات و اتجاهاتها لضمان تدفق المعلومات بما يحقق تكامل الأداء ، بالإضافة إلى تحديد وسائل الضبط و أسلوب ممارستها .

أما الثاني أي التنظيم غير الرسمي فهو ينشأ نتيجة لمجموعة من العلاقات الاجتماعية غير الرسمية التي تنمو تلقائياً بين أفراد المجموعة الواحدة الذين يعملون ضمن المصلحة الواحدة أو القسم الواحد توجه إلى تحقيق الأهداف و تشبع رغبات هؤلاء الأعضاء حيث يسلك كل منهم سلوكاً معروفاً و متفقاً عليه يؤدي إلى تكوين علاقات أولية.

¹ المرجع نفسه، ص108

خلاصة الفصل:

تبين المراحل التاريخية التي تم التطرق إليها في هذا الفصل، أن المنظومة الصحية في الجزائر عرفت عدة تطورات وتحولات، سواء تعلق الأمر بالهياكل والمؤسسات الصحية، و طريقة تنظيمها وتسييرها، أو ما يتعلق بالظروف المحيطة بهذه الهياكل، من ظروف اجتماعية واقتصادية.

أما فيما أثناء وجود الاحتلال الفرنسي في الجزائر، كانت جد متدهورة، من جهة كثرة الأمراض و الأوبئة نتيجة الظروف الاجتماعية القاسية، والظروف الاقتصادية المتردية التي كان الشعب الجزائري يعيش في كنفها، حيث نجد أن جل السكان كانوا يعيشون تحت مستوى الفقر بسبب بطش الاحتلال ، مما أدى ذلك إلى ظهور عدة أمراض فتكت بنسبة كبيرة من السكان، و نذكر على سبيل المثال مرض الطاعون الذي قتل عدد كبير من الجزائريين، و من جهة أخرى نجد أن النظام الصحي الاستعماري، لم يكن في صالح السكان الأهالي وإنما كان في صالح أفراد الجيش الاستعماري الفرنسي، بالإضافة إلى المعمرين الأوروبيين الذين وفدوا إلى الجزائر مباشرة بعد الاحتلال و بعض الجزائريين الذين كانوا موالين للاحتلال الفرنسي.

في هذه الفترة ظهر نظام صحي جديد مختلف عن النظام الصحي الاستعماري، مختلف عنه في أهدافه ، هذا النظام الذي تم تأسيسه من طرف جيش التحرير الوطني الذي قاد الثورة التحريرية، حيث يعتبر اللبنة الأولى لظهور النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال.

أما مرحلة الاستقلال فقد عرفت هي الأخرى ظهور بعض الأمراض المتقلبة التي ساهمت بشكل كبير في وفيات الأطفال مثل أمراض السل ، الدفتيريا، حمى المستنقعات... إلخ، وكان هذا مباشرة بعد الاستقلال، لذلك عملت السلطة السياسية الفتية على العمل من أجل محاربة هذه الأمراض من خلال تسطير برامج التلقيح الإجباري للأطفال ببرامج الوقاية من الأمراض المعدية.

وقد عملت السلطات العمومية على إعادة توزيع الهياكل الصحية، ومستخدمي قطاع الصحة من ممرضين و أطباء، عبر كامل التراب الوطني، بحيث يتيح لكل أفراد المجتمع الحق في الوصول إلى العلاج ، وظهر ذلك من خلال القرار السياسي الذي اتخذته الدولة، والمتمثل في قرار تأسيس الطب المجاني، هذا الأخير يعتبر الركيزة الأساسية للمنظومة الصحية في الجزائر في ظل النظام الاشتراكي، ولكن مع التحول السياسي و الاقتصادي الذي شهدته الجزائر في بداية التسعينيات ، في ظل تدهور المؤسسات الصحية العمومية ويرجع ذلك إلى مجموعة من المعوقات والمشاكل التي واجهها النظام الصحي العمومي،

والتي دعت السلطات الوصية إلى التدخل و العمل على تصحيح المسار، من خلال القيام بإصلاحات شاملة تخص قطاع الصحة ، من خلال إعادة تنظيم هياكل و مؤسسات المنظومة الصحية، وجعلها تتماشى و الظروف الاجتماعية و الاقتصادية للسكان، بحيث تم إصدار بعض القوانين التي تنظم مهنة الطب، الخاصة، والتخصصات التي يجب أن تحتويها هذه المؤسسات.فإصلاح المنظومة الصحية في الجزائر أصبح أكثر من ضرورة، نظرا لتدهور الخدمات الصحية المقدمة للسكان في المؤسسات الصحية العمومي.

الفصل الرابع

الاجراءات المنهجية

أولاً: مجالات الدراسة

ثانياً: المنهج المستخدم في الدراسة

ثالثاً: عينة الدراسة وكيفية اختيارها

رابعاً: ادوات جمع البيانات

تمهيد:

بعد تعرضنا الى اشكالية الدراسة واهم المفاهيم المتعلقة بها، سيتم التطرق الى الجانب المنهجي، بدءا بمحاولات الدراسة، ثم التعرف على المنهج المستخدم مرورا بعينة الدراسة وطريقة اختيارها، وصولا الى ادوات جمع البيانات.

أولاً: مجالات الدراسة

1) المجال المكاني:

- المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي (بن أعمر الجيلاني) أسس المستشفى ، في ظل التقسيم الإداري القديم للنظام الصحي في الجزائر بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم : 97-466 المؤرخ في 02-12-1997 والذي يحدد قواعد انشاء القطاعات الصحية وسيورها، ويعرفه على أنها مؤسسة ذات طابع إداري وتتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المادي .
- وقد أعطيت التسمية الجديدة للمستشفى على انه: المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي وذلك وفق المرسوم التنفيذي رقم: 07-140 المؤرخ في 19 مايو 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية تنظيمها وسيورها المعدل والمتمم.
- وتم تصنيفه ضمن المؤسسات الاستشفائية ذات الأهمية الكبرى على مستوى وطني صنف (P) وفق القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 21 صفر 1433 هـ الموافق ل 15 جانفي 2012 م والذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية.
- قم تم انجاز هذا الهيكل الصحي منذ سنة 1984 م وبدأ العمل سنة 1985 ، كما تقدر مساحته الإجمالية 28000 م² ، حيث يحده الطريق الوطني رقم 16 غربا .

ثانياً: المنهج المستخدم في الدراسة:

- المنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة بهدف الاجابة عن الاسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث والوصول إلى الإجابة السليمة على الفرضيات والتساؤلات المطلوبة وعليه فإن المنهج يعتبر بمثابة العمود الفقري في تصميم البحوث لأن الخطة التي يسيّر عليها الباحث في مختلف مراحل دراسته للوصول إلى نتائج علمية يمكن تعميمها ¹.
- إن اختيار الباحث لمنهج دراسته لا يأتي بصورة عشوائية أو من قبيل الصدفة ، كما ان الباحث ليس له الحرية في اختيار منهج دراسته وإذا حاول أن يفرض منهاجاً لدراسته فأكد انه لا يصل إلى نتائج منسقة أو منطقية تعكس واقع الدراسة والحقيقة الموضوعية ²

¹ محمد الغريب عبد الكريم : البحث العلمي لتصميم المنهج والجراءات ، مكتبة نهضة الشرق ، القاهرة ، مصر ، 1987 ، ص 77

² محمد شفيق : البحث العلمي ، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ، 2001 ، ص 86-87

- يعرف المنهج الوصفي: على انه : " أسلوب من أساليب التحليل المرتكزة على معلومات كافية ودقيقة من ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترة أو فترات زمنية معلومة وذلك من اجل الحصول على نتائج عملية تم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة¹ ، و لا يعتمد المنهج الوصفي ، كما يعتقد البعض على مجرد وصف ظاهرة معينة موجودة بل يتعدى ذلك الى اكتشاف الحقائق والآثار والعلاقات التي تتصل بها ، وتفسيرها والقوانين التي تحكمها² (تم الاعتماد على المنهج الوصفي في هذه الدراسة)

- وعليه فقد اقتضيت الضرورة المنهجية اعتماد المنهج الوصفي في بحثنا هذا ، تماشياً مع اهداف وطبيعة موضوع البحث وذلك بغرض وصف لما هو في الواقع ، وجمع معلومات دقيقة لإمكانية فهم وتحليل وتفسير وتشخيص متغيري الدراسة ، ومن ثم الخروج باستنتاجات حول دور إدارة المستشفى في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية في المجتمع الحضري.

2-المجال الزمني:

قامت الباحثة بتوزيع الاستمارات وجمعها من 07 أبريل 2018 إلى 12 أبريل 2018 خلال الموسم الجامعي 2017-2018

ثالثاً: عينة الدراسة وكيفية اختيارها:

- تعتمد البحوث الاجتماعية في الوقت الحالي على العينات في نطاق واسع هذا لما لها من فوائد كونها أكثر اقتصاداً للنفقة على الباحث، إذ تعرف العينة على أنها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها ومن ثم استخدام تلك النتائج ونظراً لصعوبة الحصول على عينة احتمالية اعتمدنا على عينة غير احتمالية .

وبهذا استهدفت الدراسة مختلف أصناف الموظفين بالمؤسسة العلاجية من إداريين وأطباء وممرضين . وقد تم توزيع 100 استمارة ولم نتحصل إلا على 81 وبهذا قدر حجم عينتنا بـ 81 مبحوث.

رابعاً: أدوات جمع البيانات

- يستخدم الباحثون والعلماء مجموعة من التقنيات والأساليب لاكتشاف وفهم طبيعة الظاهرة الاجتماعية، ومتغيراتها وارتباطاتها المختلفة إلا أن طبيعة وخصوصية البحث وطبيعة تساؤلاته والعروض التي يطرحها

¹ محمد عبيدات وآخرون ، منهجية البحث العلمي قواعد والمراحل والتطبيقات ، ط2 ، دار وائل للنشر ، عمان ، الاردن ، 1999 ، ص 46

² احمد حافظ نجم وآخرون : دليل الباحث ، ط1 ، دار المريخ للنشر الرياض ، السعودية ، 1977 ، صص 14-15

الباحث والمراد الحصول عليها كل ذلك يفرض على الباحث انتقاء الأداة أو التقنية الملائمة إلى ذلك فقد يتطلب موضوع ما استخدام الملاحظة كأداة رئيسية ، وقد يفترض الموضوع آخر الاعتماد على المقابلة ، وهكذا يستخدم الباحث أكثر من أداة لجمع البيانات التي تخص بحثه.¹

وبالنسبة لبحثنا هذا فقد تم الاعتماد على:

(1) الملاحظة:

من وسائل جمع البيانات الأقل تكلفة والأكثر جهداً ذهنياً حيث أن الباحث يصب كل حواسه نحو ملاحظة الظواهر المراد دراستها وإنها مشاهدة مقصودة دقيقة ومنظمة وموجهة هادفة وعميقة²

- وقد استعنا بهذه التقنية لجمع البيانات والمعلومات من خلال زيارتنا الميدانية للمؤسسة الاستشفائية بن عمر الجيلاني بمدينة الوادي ، أما الملاحظة التي اعتمدها الباحثة فقد تمثلت في الملاحظة البسيطة التي مكنتنا من معرفة معلومات متعلقة بالدراسة ، وقد ساعدتنا هذه الأداة في الحصول على معلومات ليست كاملة ودقيقة لكنها أفادتنا في بعض الأمور التي تغطي الدراسة .

(2) الاستبيان :

- تعد الاستبانة من أكثر الأدوات المستخدمة في جمع البيانات الخاصة بالعلوم الاجتماعية التي تتطلب الحصول على معلومات أو معتقدات أو تصورات أو آراء أفراد وقد عرفها الدكتور محمد عبيدات على أنها : " مجموعة من الأسئلة المكتوبة التي تعد قصد الحصول على معلومات وآراء.

- قامت الباحثة باستخراج مؤشرات لكل تساؤل من التساؤلات الفرعية للدراسة، وبناء على هذه المؤشرات استخرجنا منها أبعاد، ثم في الأخير تم بلورتها إلى أسئلة للاستمارة المتضمنة لأسئلة مفتوحة ومغلقة جاءت موزعة على الشكل الآتي:

- البيانات الشخصية: من 1 إلى 4 وهي أسئلة خاصة بالبيانات الأولية وذلك لوصف العينة ومعرفة سماتها وخصائصها شملت: الجنس ، السن ، المهنة ، والأقدمية في المنصب .

- المحور الأول : والمتعلق بالتساؤل الفرعي الأول والخاص بدور إدارة المستشفى في توفير المعدات والمستلزمات المادية والعلاجية لتحسين مستوى الخدمات الصحية احتوى على الأسئلة من 5 إلى 11.

¹ عبد الله محمد عبد الرحمان ومحمد علي البدوي : مناهج وطرق البحث الاجتماعي ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 2000 ، ص 79

² مروان عبد المجيد إبراهيم : ط 1 ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، 2000 ، ص 173

- المحور الثاني : تضمن هذا المحور أسئلة خاصة بالتساؤل الفرعي الثاني والخاص بدور إدارة المستشفى في توفير الظروف البيئية المحيطة بالمرضى من أجل تحسين مستوى الخدمات الصحية احتوى على الأسئلة من 12 إلى 16.
- المحور الثالث : تضمن أسئلة خاصة بالتساؤل الفرعي الثالث والخاص بعلاقة إدارة المستشفى بمدى فعالية الطاقم الطبي والتمريضي وقد احتوى على الأسئلة من 17 إلى 22.
- ولقد مرت عملية انجاز استمارة البحث بعدة مراحل بدءا بعرض مجموعة الأسئلة الأولية على الأستاذ المشرف الذي أبدى ملاحظاته حولها ،وبناءا على مناقشته وتوجيهاته وصولا إلى شكلها النهائي ، لم يتم عرض الاستمارة على المحكمين بسبب ضيق الوقت ، وقد استغرق توزيعها خمس أيام من 07 أبريل 2018 إلى 12 أبريل 2018 وزعت حوالي 100 استمارة على المبحوثين ، تم استرجاع 81 استمارة، تم إلغاء 19 استمارة وهذا راجع لعدم الإجابة على كامل الأسئلة وبالتالي أصبح عدد الاستمارات 81 استمارة أجيب على كامل أسئلتها بشكل دقيق.

تمهيد:

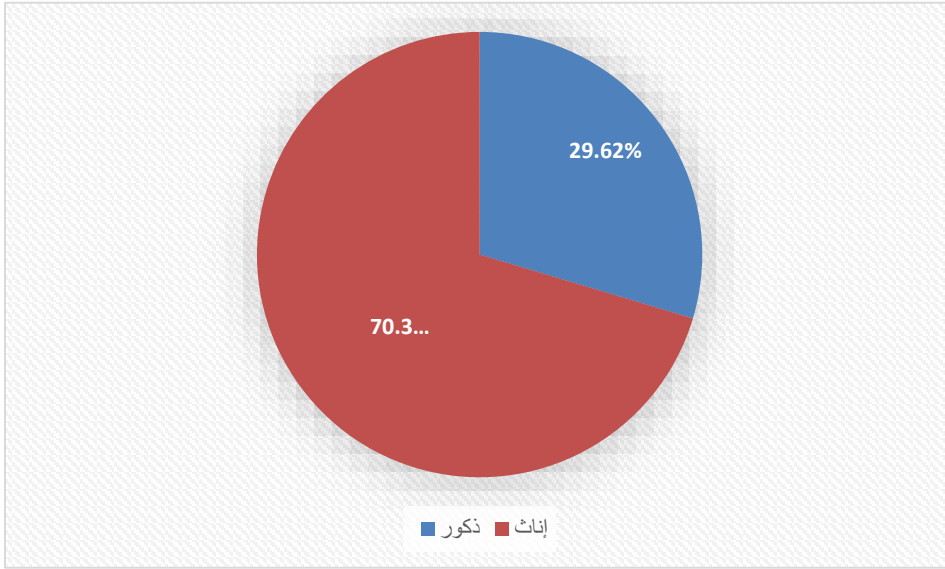
يحتاج أي بحث في نهايته الى عرض وتحليل النتائج وتبويبها وتحويلها إلى أرقام ذات دلالات إحصائية من اجل مناقشتها وتفسيرها على ضوء فرضيات البحث، نهدف من خلال هذا الفصل الى عرض نتائج الدراسة التي توصلنا إليها وصولاً إلى النتيجة العامة.

أولاً : عرض وتحليل بيانات الدراسة .

1- عرض وتحليل البيانات الشخصية:

الجدول رقم (03) :يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	24	29.62%
إناث	57	70.37%
المجموع	81	100%



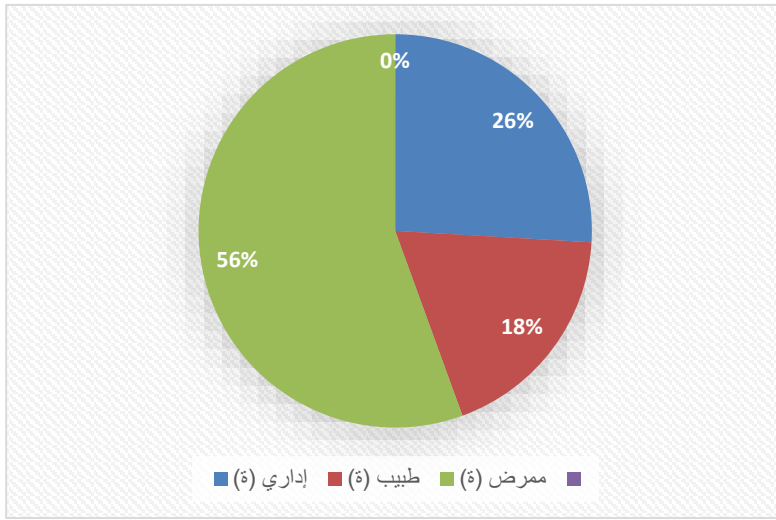
الشكل (01): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس

تظهر النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول الموضح أعلاه أن تعداد أفراد العينة يغلب عليه الجنس الأنثوي، وهو ما يمثل 57 مفردة وذلك بنسبة 70.37% ، وهي نسبة معتبرة مقارنة بنسبة الذكور التي تبلغ 24 مفردة من مجموع أفراد العينة المقدر عددهم بـ 81 أي بنسبة 29.62%.

نلاحظ تن التفاوت الملحوظ في النسب يدل على أن العنصر الأنثوي مازال يسيطر على الوظيفة في المستشفيات وقد يعود إلى كون طبيعة المستشفيات العلاجية تجذب النساء أكثر من أي وظيفة أخرى.

الجدول رقم (04): يبين توزيع أفراد العينة حسب المهنة

النسب المئوية%	التكرار	الاحتمالات
25.92%	21	إداري (ة)
18.51%	15	طبيب (ة)
55.55%	45	ممرض (ة)
100%	81	المجموع



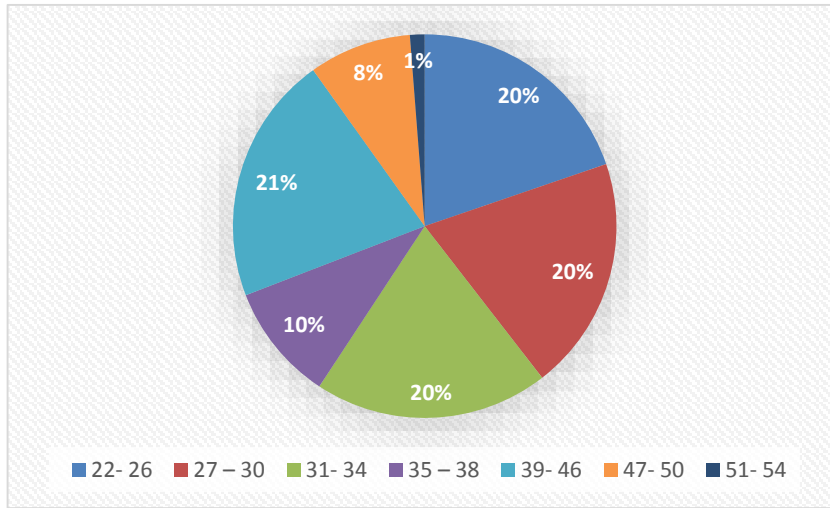
الشكل (02): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المهنة

توضح المعطيات الواردة في الجدول الذي يبين توزيع أفراد العينة حسب المهنة ان أغلبية الموظفين ممرضين وتعدادهم 45 فرد بنسبة 55.55% يليها الإداريين والذي تعدادهم 21 فرد بنسبة 25.92% ثم نسبة 18.51% وعددهم 15 فرد وهم اطباء .

من خلال الجدول نلاحظ بأن الاغلبية من الموظفين ممرضين ومن ثم إداريين وبعدها اطباء من العدد الإجمالي 81.

الجدول رقم (05): يبين توزيع أفراد العينة حسب السن

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية%
26 - 22	16	19.75%
30 - 27	16	19.75%
34 - 31	16	19.75%
38 - 35	08	9.87%
46 - 39	17	20.98%
50 - 47	07	8.64%
54 - 51	01	1.23%
المجموع	81	100%

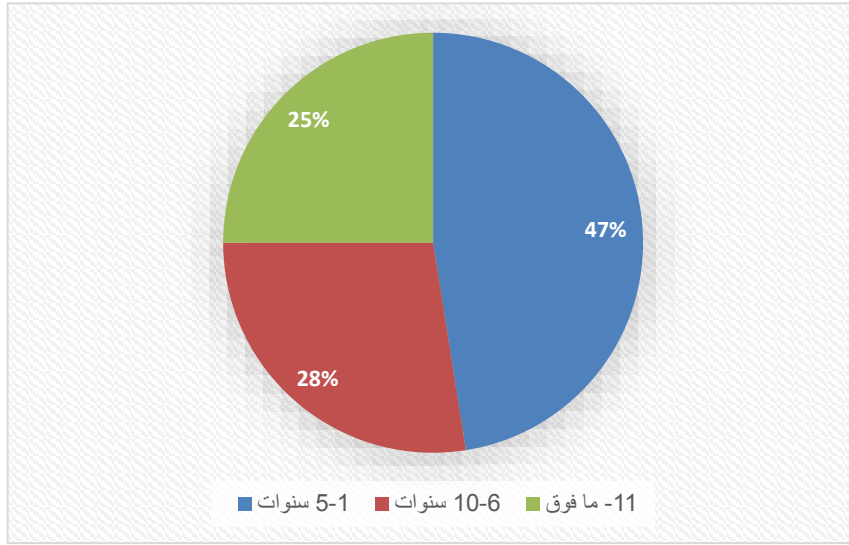


الشكل (03): يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن

من خلال الجدول نلاحظ بان النسب متقاربة قليلا و أن أعلى تعداد واضح في الفئة العمرية ما بين 39-46 سنة والتي تقدر نسبتها : ب 20.98% وتعدادها 17 فرد يليها بعد ذلك الفئات العمرية ما بين 22-30 و 26-30 بالإضافة إلى 31-34 غير أن هذه الفئات تساوت أي مايعادل 16 فردا لكل فئة بنسبة 19.75% تليهم الفئة العمرية ما بين 35-38 وذلك بنسبة :9.87% لتكون الفئة العمرية 51-54 في ذيل القائمة من مجموع العينة المقدر ب 81 فردا.

جدول رقم (06) : يمثل توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية في المنصب

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية%
5-1 سنوات	38	46.91%
10-6 سنوات	22	27.16%
11- ما فوق	20	24.69%
المجموع	81	100%



الشكل (04): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية في المنصب

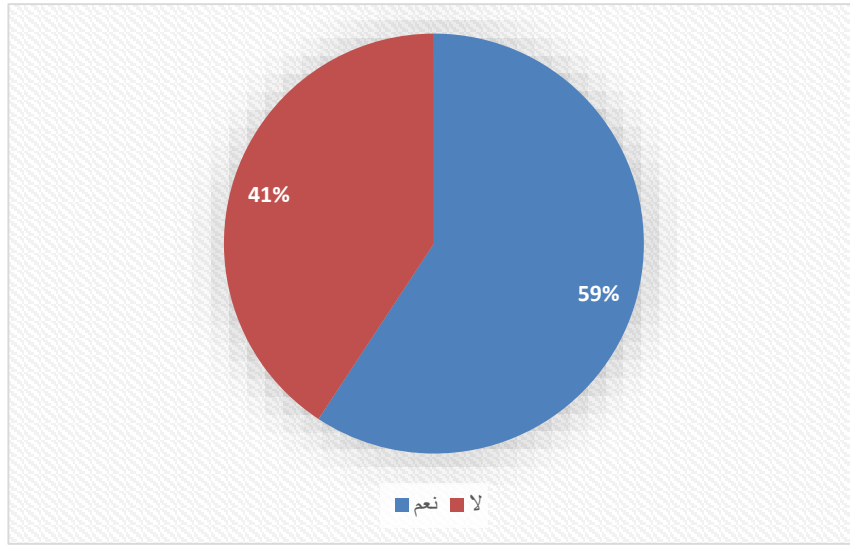
نلاحظ من خلال تقسيم الجدول أننا صنفنا الأقدمية إلى ثلاث فئات مختلفة الفئة الأولى 46.91 % وتمثل الذين لهم مدة قصيرة في المستشفيات لاتفوق 5 سنوات ، ونسبة 27.16% لذوي الخبرة المتوسطة و المتراوحة بين 10-6سنوات أما نسبة 24.69% فهي نسبة العاملين ذوي الأقدمية و التي تتجاوز خبرتهم 11 سنة.

2- عرض وتحليل إجابات العينة على أسئلة الاستبيان:

أ- تلعب إدارة المستشفى دور في توفير المعدات والمستلزمات المادية والعلاجية لتحسين مستوى الخدمات الصحية:

الجدول رقم (07): يمثل إجابات أفراد العينة بالنسبة للميزانية التي توفرها الإدارة:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	48	59.25%
لا	33	40.74%
المجموع	81	100%

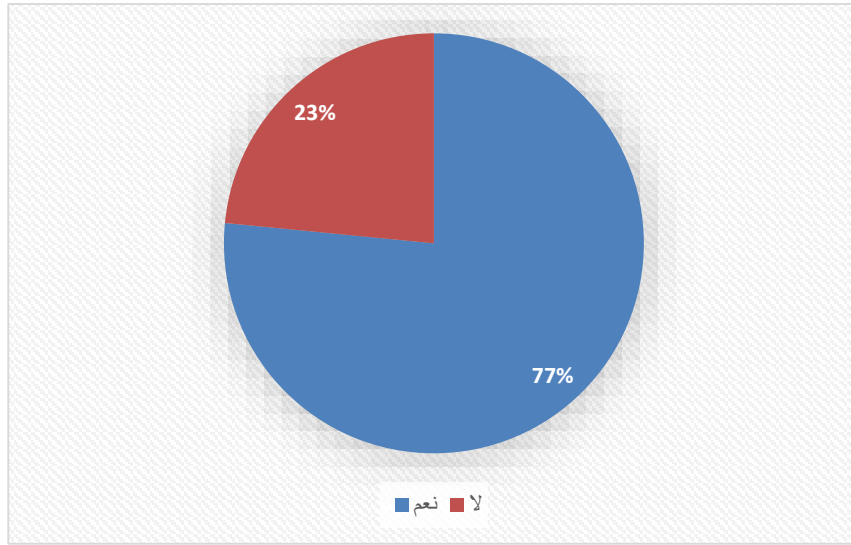


الشكل (05): يمثل إجابات أفراد العينة بالنسبة للميزانية التي توفرها الإدارة

من خلال معطيات الجدول نلاحظ بأن النسبتين متقاربتين قليلا رغم أن نعم أعلى بقليل من لا وصلت نسبة نعم 59.25% وقد وصلت مفردة المجيبين بنعم إلى 48 شخصا وهي نسبة معتبرة مقارنة بنسبة لا و المقدره بـ 40.74% أي ما يعادل 33 شخصا من العدد الكلي للعينة و الذي هو 81 وهي الإجابات على السؤال الأول .

الجدول رقم (08): يمثل إجابات أفراد العينة بالنسبة لتجهيز المستشفى بالمعدات الطبية:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	62	76.54%
لا	19	23.45%
المجموع	81	100%

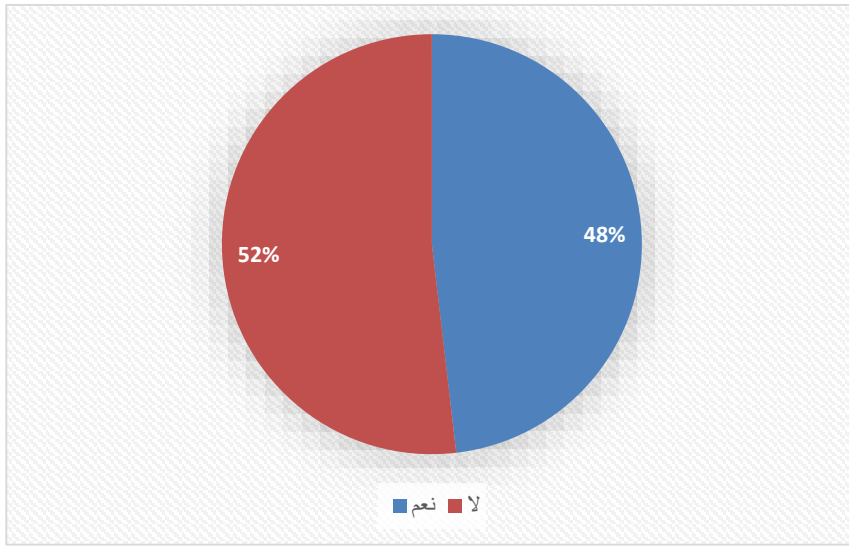


الشكل (06): يمثل إجابات أفراد العينة بالنسبة لتجهيز المستشفى بالمعدات الطبية

من خلال معطيات الجدول نلاحظ بان تعداد أفراد العينة المجيبين بنعم على السؤال الثاني مرتفع جدا مقارنة بالمجيبين ب لا وتقدر نسبة نعم ب 76.54% من تعداد الأفراد الكلي و المقدر ب 62 شخصا أما فيما يخص تعداد لا هو 19 شخصا تقدر نسبتهم ب 23.45% من العدد الكلي للعينة و المقدر ب 81.

الجدول رقم (09): يمثل إجابات أفراد العينة على تحديثات الأجهزة والمعدات الطبية المستخدمة حالياً :

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	39	48.14%
لا	42	51.85%
المجموع	81	100%

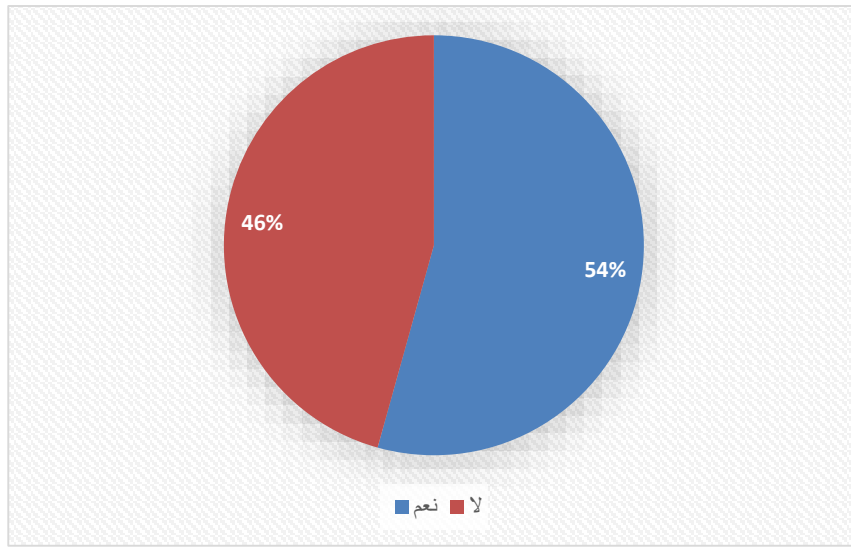


الشكل (07): يمثل إجابات أفراد العينة على تحديثات الأجهزة والمعدات الطبية المستخدمة حالياً

من خلال معطيات الجدول نستنتج بأن كل من الإجابتين نعم و لا مختلفة عن بعضها فنسبة نعم تقارن 48.14% وهي نسبة أقل من المجيبين بلا وقد بلغت نسبتهم 51.85% من النسبة الكلية لعدد الأشخاص في العينة الأصلية و الذي يقدر عدد أفرادها 81 شخصاً أي ما يساوي 39 شخصاً أجابوا ب نعم و 42 شخصاً أجابوا ب لا وهي الإجابات على السؤال الثالث.

الجدول رقم (10): يمثل إجابات أفراد العينة على توفير المسلزات المادية ضمن الإمكانيات والتي تتناسب مع متطلبات مرضاها:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	44	54.32%
لا	37	45.67%
المجموع	81	100%

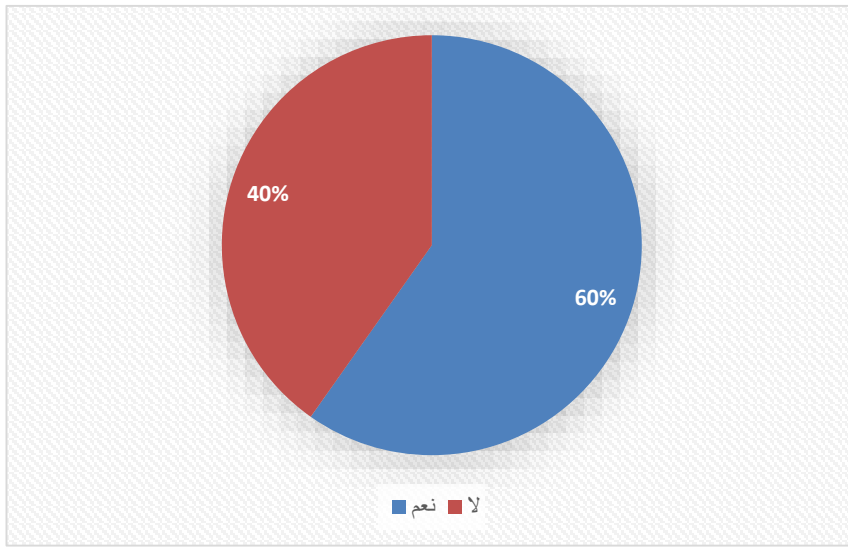


الشكل (08): يمثل إجابات أفراد العينة على توفير المسلزات المادية ضمن الإمكانيات والتي تتناسب مع متطلبات مرضاها

من خلال معطيات الجدول نستنتج بأن الإجابة على السؤال الرابع قد انقسمت إلى نعم ونسبتهم 54.32% ولا نسبتهم 45.67% وذلك تقريبا ما يقارب 44 شخصا من أفراد العينة و الجزء الآخر ما يقارب عدد 37 شخصا من تعداد أفراد العينة الأصلية وتعدادهم 81 شخصا.

الجدول رقم (11) يبين: إجابات أفراد العينة على تدوين المعلومات الكاملة عن مرضاها وحالتهم الصحية في السجلات والحاسوب:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	55	67.90%
لا	26	32.09%
المجموع	81	100%

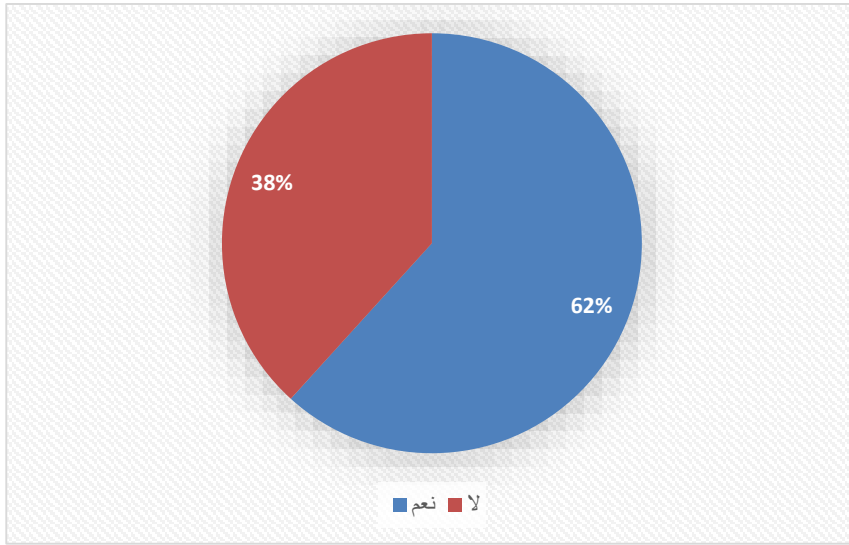


الشكل (09): إجابات أفراد العينة على تدوين المعلومات الكاملة عن مرضاها وحالتهم الصحية في السجلات والحاسوب

من خلال ما جاء في الجدول نلاحظ بأن المجيبين على السؤال الخامس في الاستبيان قد انقسموا بين نعم و لا وقد كانت النسب كالاتي 67.90% أجابوا ب نعم أي ما يعادل 55 شخصا من العينة أما نسبة المجيبين ب لا فكانت 32.09% أي ما يعادل 26 شخصا من العينة و البالغ تعدادها 81 شخصا كما نلاحظ بأن نسبة نعم قد فاقت لا.

الجدول رقم (12): يبين إجابات أفراد العينة على ما تقدمه الإدارة إلى مرضاها:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	50	61.72%
لا	31	38.27%
المجموع	81	100%



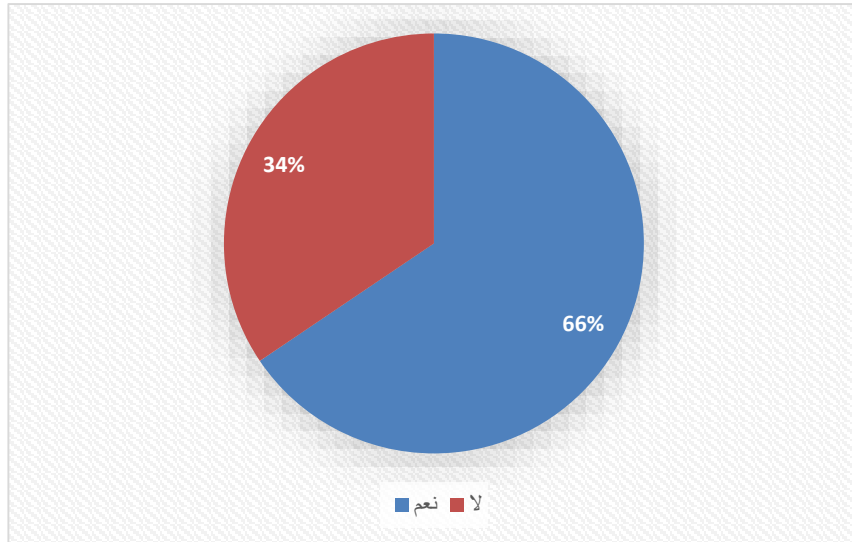
الشكل (10): يبين إجابات أفراد العينة على ما تقدمه الإدارة إلى مرضاها

من خلال ما جاء في الجدول أعلاه نلاحظ بأن المجيبين على السؤال في الاستبيان قد انقسموا بين نعم ولا وقد كانت النسب كالآتي: 61.72% أجابوا بـ نعم أي ما يعادل 50 شخصا من العينة أما نسبة المجيبين بـ لا فكانت 38.27% أي ما يعادل 31 شخصا تقريبا من العينة و البالغ تعدادها 81 شخصا.

ب- تلعب إدارة المستشفى دور في توفير الظروف البيئية المحيطة بالمرضى من أجل تحسين مستوى الخدمات الصحية

الجدول رقم (13): يمثل إجابات أفراد العينة على مراقبة الإدارة لظروف البيئة المحيطة بالمرضى:

الاحتمالات	التكرارات	النسب المئوية %
نعم	59	72.83%
لا	22	27.16%
المجموع	81	100%



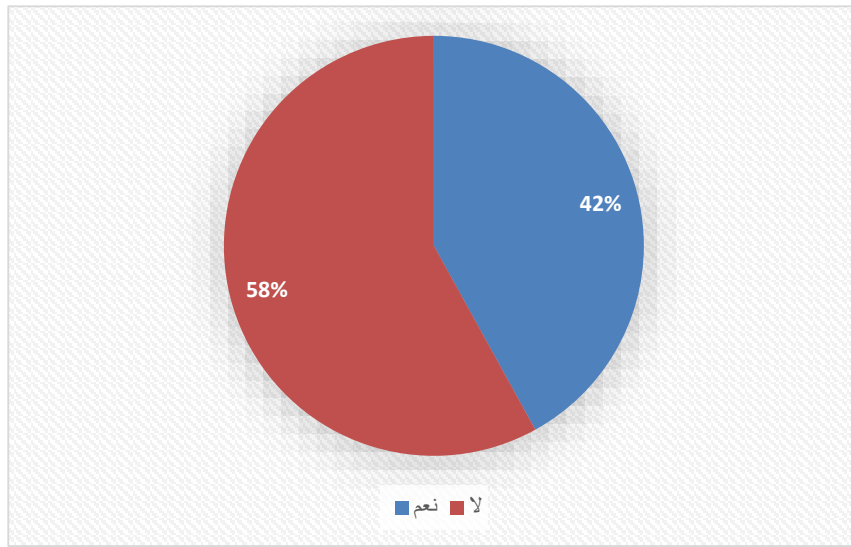
الشكل (11): يمثل إجابات أفراد العينة على مراقبة الإدارة لظروف البيئة المحيطة بالمرضى

من خلال ما جاء في الجدول أعلاه نلاحظ بأن المجيبين على السؤال الأول في الاستبيان قد انقسموا بين نعم و لا أيضا وقد كانت النسب كالاتي :

72.83% أجابوا ب نعم أي ما يساوي 59 شخصا من العينة أما نسبة المجيبين ب لا فكانت 27.16 % أي ما يساوي 22 شخصا تقريبا من العينة البالغ تعداد أفرادها 81 شخصا .

الجدول رقم (14) :يمثل إجابات أفراد العينة على طبيعة قاعات الانتظار ومكاتب الأطباء وملائمتها لمتطلبات المرضى:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	34	41.97%
لا	47	58.02%
المجموع	81	100%

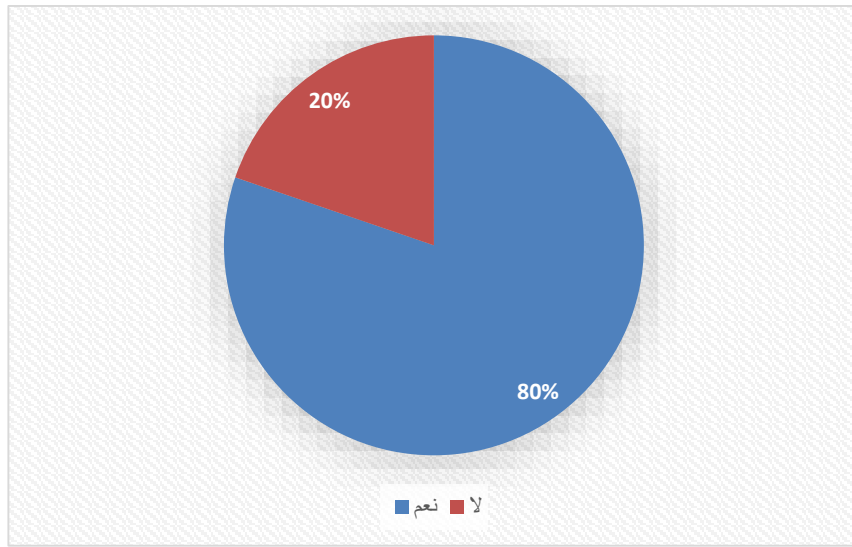


الشكل (12): يمثل إجابات أفراد العينة على طبيعة قاعات الانتظار ومكاتب الأطباء وملائمتها لمتطلبات المرضى

من خلال الجدول أعلاه نستنتج بان المجيبين على السؤال الثاني في الاستبيان قد انقسموا بين نعم و لا وقد كانت النسب كالاتي : 41.97% أجابوا ب نعم أي ما يساوي 34 شخصا تقريبا من مجموع العينة الأصلية أما نسبة المجيبين ب لا فقد زادت نسبتها وهي 58.02% أي ما يساوي 47 شخصا تقريبا من حجم العينة الأصلية المقدر ب 81 شخصا.

الجدول رقم (15) : يمثل إجابات أفراد العينة على الهيئة الخارجية لكل من الأطباء والمرضى وحتى الإداريين مع نوعية الخدمة المقدمة للمرضى:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	65	80.24%
لا	16	19.75%
المجموع	81	100%

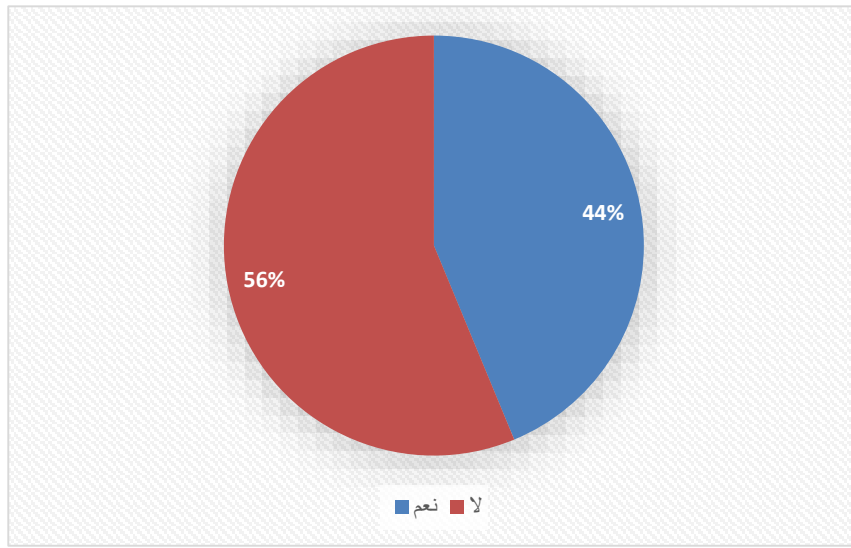


الشكل (13): يمثل إجابات أفراد العينة على الهيئة الخارجية لكل من الأطباء والمرضى وحتى الإداريين مع نوعية الخدمة المقدمة للمرضى

من خلال الجدول نلاحظ بان المجيبين على السؤال الثالث قد انقسموا بين نعم و لا وقد كانت النسب كالاتي 80.24 % أجابوا بـ نعم وهو ما يعادل 65 شخصا تقريبا من مجموع العينة الأصلية أما نسبة المجيبين بـ لا فقد بلغت 19.75 % وهو ما يعادل 16 شخصا من العينة الأصلية وهي نسبة قليلة جدا مقارنة بسابقتها من مجموع تعداد الأفراد في العينة الكلي و المقدر بـ 81 شخصا .

الجدول رقم (16): يمثل توزيع إجابات أفراد العينة على التزام الإدارة بعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الطبية:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	35	43.20%
لا	45	55.55%
المجموع	81	100%



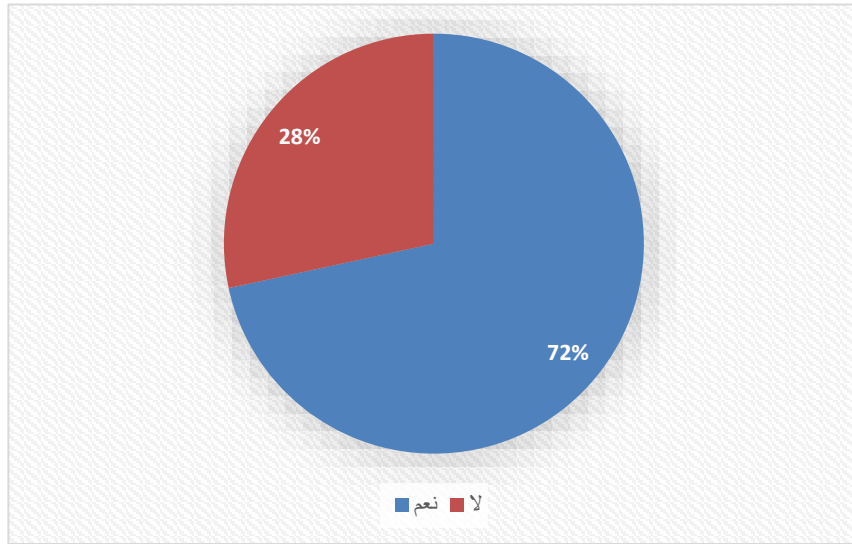
الشكل (14): يمثل توزيع إجابات أفراد العينة على التزام الإدارة بعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الطبية

من خلال الجدول نلاحظ بان المجيبين على السؤال الرابع قد انقسموا بين نعم و لا وقد كانت النسب كالاتي : 43.20% أجابوا ب نعم وذلك يمثل 35 شخصا من مجموع العينة الأصلية أما نسبة المجيبين ب لا فقد بلغت نسبتها 55.55 % وذلك يمثل 45 شخصا من المجموع الكلي للعينة و الذي يقدر ب 81 شخصا .

ج- لإدارة المستشفى دور في مدى فعالية الطاقم الطبي و التمريض الإداري:

الجدول رقم (17): يمثل إجابات أفراد العينة على علاقة الإدارة بمدى فعالية الطاقم الطبي والتمريضي والإداري:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	58	71.60%
لا	23	28.39%
المجموع	81	100%

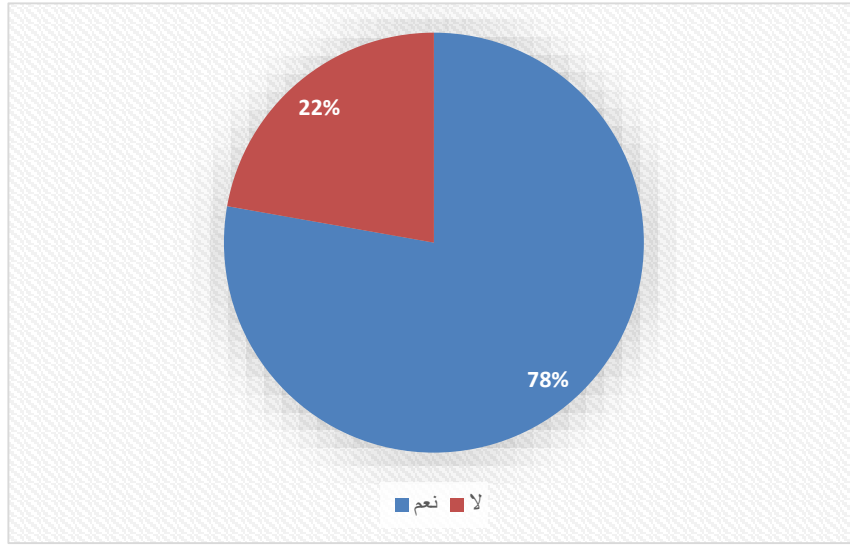


الشكل (15): يمثل إجابات أفراد العينة على علاقة الإدارة بمدى فعالية الطاقم الطبي والتمريضي والإداري

من خلال الجدول نلاحظ بان المجيبين على السؤال الأول قد انقسموا بين نعم و لا وقد كانت النسب كالاتي : 71.60% أجابوا ب نعم أي مايقارب 58 شخصا من مجموع أفراد العينة الأصلية و اما المجيبين ب لا فلم تتجاوز نسبتهم 28.39% ، أي ما يقارب 23 شخصا من مجموع أفراد العينة الأصلية و الباغ عددهم 81 شخصا ونلاحظ بان نسبة المجيبين ب لا قليلة جدا مقارنة بسابقتها.

الجدول (18): يمثل توزيع إجابات أفراد العينة على سيرورة العلاج بالمستشفى:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	63	77.77%
لا	18	22.22%
المجموع	81	100%

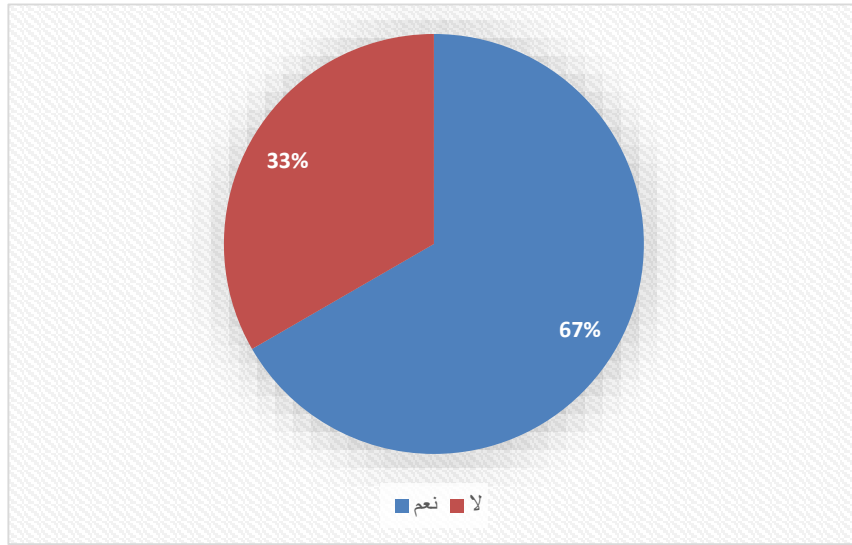


الشكل (16): يمثل توزيع إجابات أفراد العينة على سيرورة العلاج بالمستشفى

من خلال الجدول نلاحظ بان المجيبين على السؤال الثاني قد انقسموا بين نعم و لا وكانت النسب كالتالي: 77.77% أجابوا ب لا فنسبتهم تكاد تنعدم مقارنة بسابقتها وهي 22.22% من مجموع التعداد الفردي للعينة الأصلية و المقدرة بـ 81 شخصا أما لا فتعدادها 18 شخصا.

الجدول رقم (19) : يمثل إجابات أفراد العينة على انتقاء الكوادر من أطباء وممرضين:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	54	66.66%
لا	27	33.33%
المجموع	81	100%

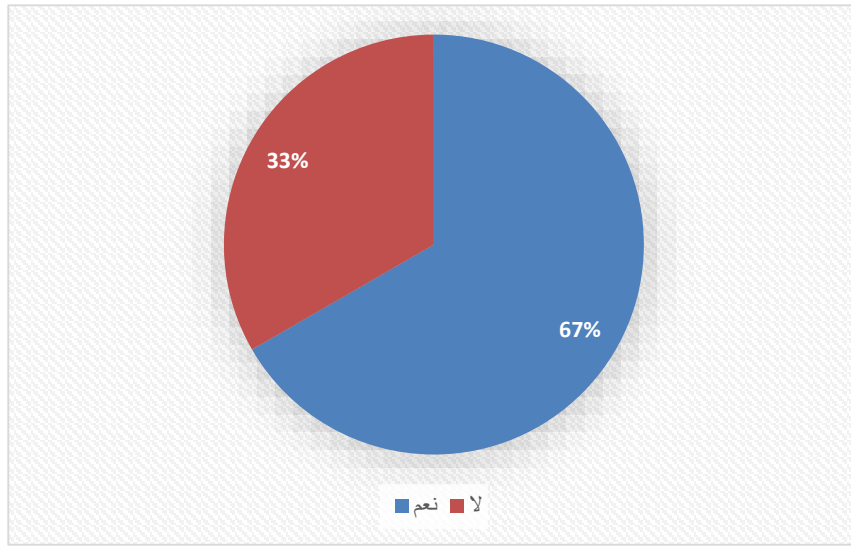


الشكل (17): يمثل إجابات أفراد العينة على انتقاء الكوادر من أطباء وممرضين

من خلال الجدول نلاحظ بان المجيبين على السؤال الثالث من مجموعة أسئلة الاستبيان الثالثة قد انقسمت بين نعم و لا وكانت النسب كالآتي: 66.66% هي مجموعة المجيبين ب نعم وقد بلغ عددهم مايقارب 54 شخصا من افراد العينة الاصلية اما فيما يخص المجيبين ب لا فقد كانت نسبتهم كالآتي 33.33% وهي حوالي نصف عدد الافراد من العينة الاصلية بتعداد 27 شخصا من المجموع الكلي لعدد افراد العينة و المقدر ب 81 شخصا .

الجدول رقم (20): يمثل إجابات أفراد العينة على أساليب تعامل الموظفين من عمال نظافة وصيانة مع مرضاها:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	58	71.60%
لا	28	34.56%
المجموع	81	100%

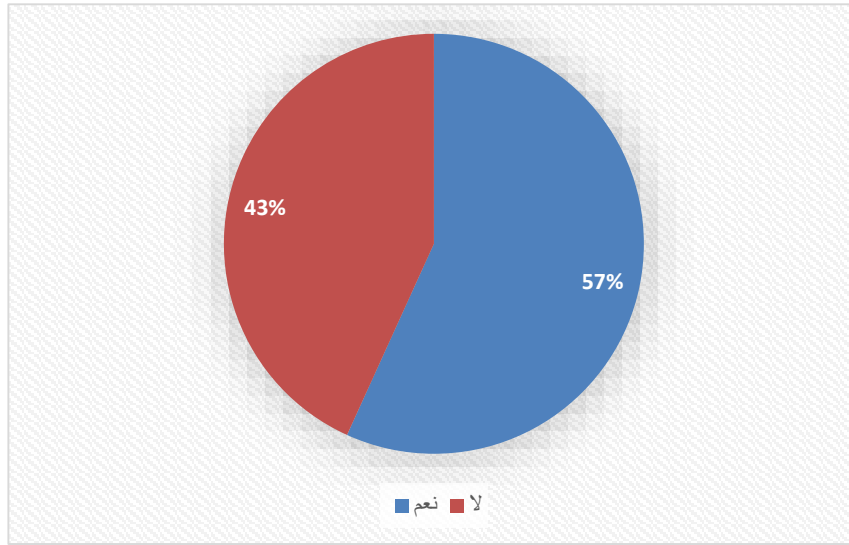


الشكل (18): يمثل إجابات أفراد العينة على أساليب تعامل الموظفين من عمال نظافة وصيانة مع مرضاها

من خلال الجدول نلاحظ بأن المجيبين على السؤال الرابع قد انقسموا بين نعم ولا وكانت النسب كالتالي: 71.60% هي مجموعة المجيبين بـ نعم وقد بلغ عددهم حوالي 58 شخصا من أفراد العينة الأصلية أما فيما يخص المجيبين بـ لا فنسبتهم 33.33% وقد بلغ عددهم حوالي 28 شخصا من أفراد العينة الأصلية و المقدرة بـ 81 شخصا من أفراد العينة.

جدول رقم (21): يمثل توزيع إجابات أفراد العينة على كيفية تعامل الأطباء والممرضين مع مرضاها:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	46	56.79%
لا	35	43.20%
المجموع	81	100%

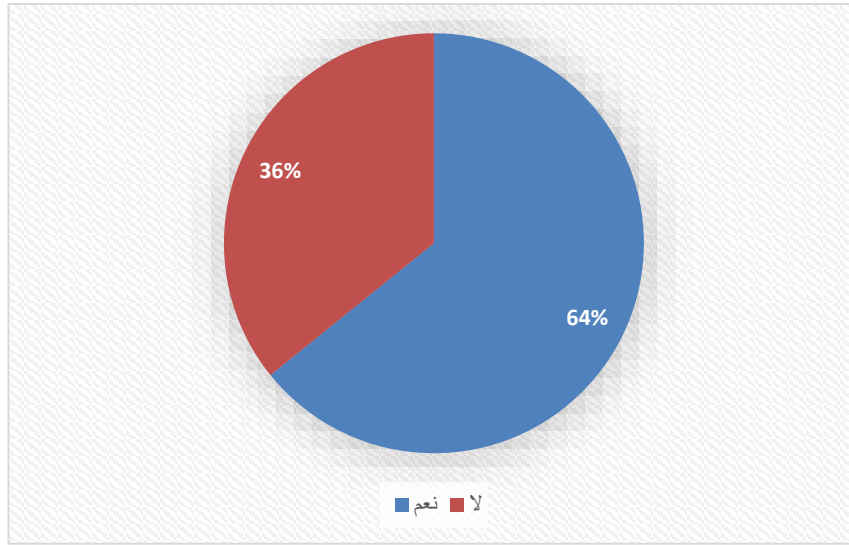


الشكل (19): يمثل توزيع إجابات أفراد العينة على كيفية تعامل الأطباء والممرضين مع مرضاها

من خلال الجدول نلاحظ بأن إجابات العينة على السؤال الخامس قد انقسمت بين نعم و لا وقد كانت نسبها كالتالي : 56.79% هي مجموعة المجيبين ب نعم وقد بلغ عددهم حوالي 46 شخصا من العينة الأصلية أما فيما يخص المجيبين ب لا فقد كانت نسبتهم 43.20% أي ما يقارب 35 شخصا من أفراد العينة الأصلية و التي يبلغ تعداد افرادها الكلي 81 شخصا .

جدول رقم (22): يمثل إجابات أفراد العينة على اهتمام الإدارة بالشكاوي المقدمة من طرف مرضاها:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية%
نعم	52	64.19%
لا	29	35.80%
المجموع	81	100%



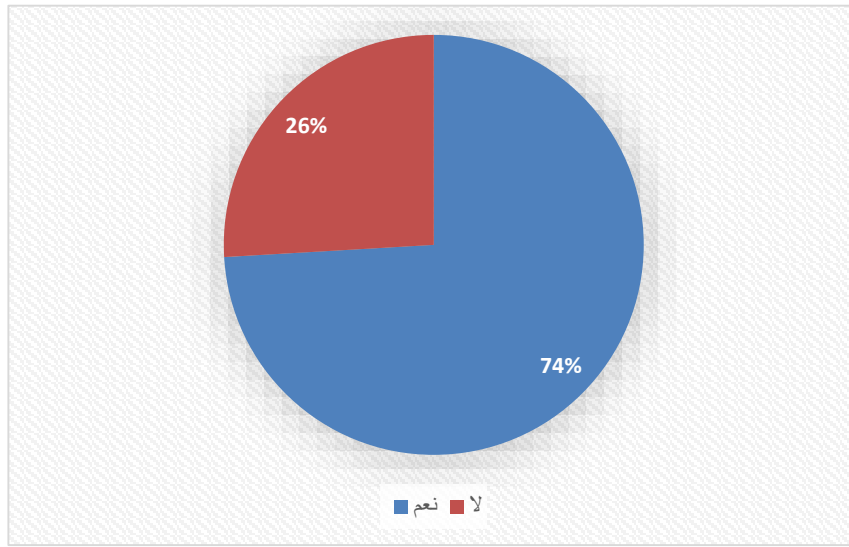
الشكل (20): يمثل إجابات أفراد العينة على اهتمام الإدارة بالشكاوي المقدمة من طرف مرضاها

من خلال الجدول نلاحظ بأن اجابات العينة على السؤال السادس قد انقسمت بين نعم و لا أيضا وقد كانت نسبتها كالاتي: 64.19% هي مجموعة المجيبين ب نعم وعددهم تقريبا 52 شخصا من تعداد افراد العينة الاصلية وقد بلغت نسبة المجيبين ب 35.80

% أي حوالي 29 شخصا من أفراد العينة الأصلية و المقدر تعداد أفرادها ب 81 شخصا وهو عدد قليل مقارنة بسابقته .

الجدول رقم (23): يمثل إجابات أفراد العينة على مدى اهتمام الأطباء والمرضى بتقديم الخدمات الطبية بالشكل السريع وفي الأوقات المحددة:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	60	74.07%
لا	21	25.92%
المجموع	81	100%

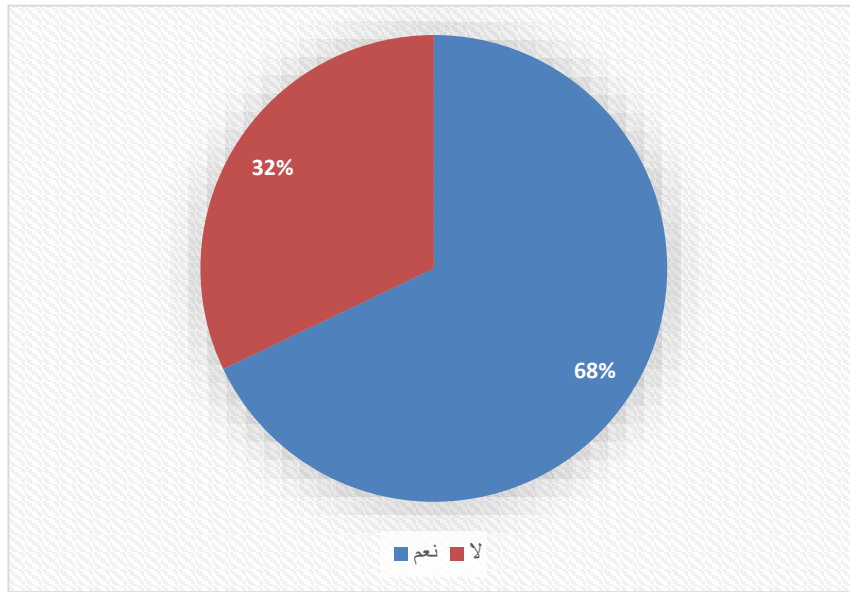


الشكل (21): يمثل إجابات أفراد العينة على مدى اهتمام الأطباء والمرضى بتقديم الخدمات الطبية بالشكل السريع وفي الأوقات المحددة

من خلال نلاحظ بأن إجابات العينة على السؤال السابع قد انقسمت بين : نعم و لا و كانت النسب كالتالي : 74.07 % هي مجموعة المجيبين ب نعم وعددهم تقريبا 60 شخصا من تعداد أفراد العينة الأصلية أما نسبة المجيبين ب لا فهي 25.92% وهي تعادل تقريبا 21 شخصا من أفراد العينة الأصلية و المقدر عددهم ب 81 شخصا .

الجدول رقم (24): يمثل إجابات أفراد العينة على إمكانية إخبار المرضى بأوقات تقديم الخدمات الطبية لهم:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	55	67.90%
لا	26	32.09%
المجموع	81	100%



الشكل (22): يمثل إجابات أفراد العينة على إمكانية إخبار المرضى بأوقات تقديم الخدمات الطبية لهم

من خلال الجدول نلاحظ بان الإجابات على السؤال الثامن قد انقسمت بين : نعم ولا وكانت النسب كالتالي: 67.90% هي مجموعة المجيبين ب نعم وعددهم تقريبا 55 شخصا من تعداد أفراد العينة الأصلية ، أما نسبة المجيبين ب لا فكانت 25.92% وهي تعادل 26 شخصا من تعداد أفراد العينة والبالغ عددهم 81 شخصا .

ثانيا: عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة

1. النتائج المتعلقة بالبيانات الشخصية:

- من خلال ما ورد في البيانات التي تم عرضها، جاءت غالبية الموظفين إناث وذلك بنسبة 70.37 % ، وفي ما يخص السن فقد كان أغلب الموظفين تفوق أعمارهم 39 سنة وقدرت نسبتهم بـ 20.98 % ، أما فيما يخص المهنة فقد كان أغلب الموظفين ممرضين وقدرت نسبتهم بـ 55.55 % ، بينما الأقدمية في العمل فقد كان أغلبهم يعملون في المستشفى لمدة خمس سنوات كحد أقصى وقد كانت نسبتهم 46.91 %

2. النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى: تلعب الإدارة دور في توفير المعدات والمستلزمات المادية

والعلاجية لتحسين مستوى الخدمات الصحية .

من خلال النتائج المتحصل عليها وبعد تحليل البيانات الخاصة بدور إدارة المستشفيات في توفير المعدات والمستلزمات المادية والعلاجية لتحسين مستوى الخدمات الصحية نتج عنه ما يلي:

- نجد أن أغلبية المبحوثين يقررون أن الإدارة تلعب دور في توفير المعدات والمستلزمات المادية و العلاجية لتحسين مستوى الخدمات الصحية .

وذلك من خلال المعطيات الكمية المتحصل عليها من خلال الجداول:

01 إلى 06 والتي تراوحت نسبتهم بين 48.14% إلى 76.54 % قد أجابت بنعم على التساؤلات المرتبطة بمجموعة أسئلة الاستبيان الأولى.

3. النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية: تلعب إدارة المستشفى دور في توفير الظروف البيئية المحيطة

بالمرضى من أجل تحسين مستوى الخدمات الصحية .

من خلال النتائج المتحصل عليها وبعد تحليل البيانات الخاصة بدور إدارة المستشفى في توفير الظروف البيئية المحيطة بالمرضى من أجل تحسين مستوى الخدمات الصحية نتج عنه ما يلي:

- نجد أن المبحوثين قد انقسموا بين من يقررون بما تلعبه الإدارة في توفير الظروف البيئية المحيطة بالمرضى من أجل تحسين مستوى الخدمات الصحية وبين الذين لا يقررون بدورها في تحسين الخدمات الصحية وذلك من خلال المعطيات الكمية المتحصل عليها من خلال الجداول:

07 إلى 11 والتي اختلفت نسبهم بين 72.83% إلى 80.24% قد أجابوا بنعم على التساؤلات المرتبطة بمجموعة أسئلة الاستبيان الثانية بالإضافة إلى أنه هناك من أجاب بـ لا وتتراوح نسبهم بين 55.55% إلى 58.02% .

4. النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة: للإدارة دور في مدى فعالية الطاقم الطبي والتمريضي والإداري . من خلال النتائج المتحصل عليها وبعد تحليل البيانات الخاصة بدور إدارة المستشفى في مدى فعالية الطاقم الطبي والتمريضي والإداري نتج عنه ما يلي:

- نجد أن أغلبية المبحوثين يقرون بأن لإدارة المستشفى دور في مدى فعالية الطاقم الطبي و التمريضي والإداري .

وذلك من خلال المعطيات الكمية المتحصل عليها من الجداول:

12 إلى 20 والتي كانت نسبهم تتراوح ما بين 56.79% إلى 77.77% قد أجابوا بنعم على التساؤلات المرتبطة بمجموعة الأسئلة الثالثة من الاستبيان.

ثالثاً: النتائج العامة للدراسة

من خلال ما توصلنا إليه في التساؤلات الجزئية للدراسة خلصنا إلى أن لإدارة المستشفى دور في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية وذلك بإدخال بعض النظريات المتعلقة بإدارة المستشفى ولعل هذه النظريات يمكن ذكرها كما يلي:

نظرية فريدريك تايلور، نظرية هنري فاوول ، نظرية جانيت، و شارل بادج وذلك كمقاربة نظرية ولكل نظرية منها ما تميزت به من مبادئ تخصها أضف إلى ذلك تحقق أغلب فرضيات الدراسة وبالتالي الإجابة على التساؤلات الفرعية .

بالإضافة إلى العديد من النتائج التي يمكن ذكرها فيما يلي:

- عدد الإداريين مناسب تماماً لكل من الطاقم الطبي من أطباء وممرضين.
- نقص التنسيق بين الإدارة وبقية موظفيها من أطباء و ممرضين.
- عدم تناسب حجم قاعات الانتظار مع ما تستقبله من مرضى.
- عدم وجود أي أطباء مختصين في الأسنان.
- عدم كفاية عدد الأسرة في مختلف المصالح العلاجية في المستشفى وذلك مقارنة بكم المرضى الذين يقصدونها.

- نقص في أخصائي التخدير في المؤسسة الاستشفائية مقارنة بباقي الأطباء ذوي الاختصاص.

- عدد الصيادلة يعتبر مقبول.
- رغم حرص الإدارة على توفير كل المستلزمات سواء كانت علاجية أو أجهزة إلا أن العدد يبقى غير كافي.
- توفر المؤسسة العلاجية على عمال نظافة حريصين على نظافة المستشفى والبيئة المحيطة بالمرضى.
- تقديم الخدمات الطبية اللازمة لكل مريض خصوصا بمصلحة علاج الأورام وذلك بشكل دقيق وفي أوقات معروفة.
- التوزيع الجيد لكل من مسؤولي المصالح العلاجية في المستشفى وذلك قصد تسهيل عملية مراقبتها باختلافها.
- حرص كل من الطاقم الطبي والتمريضي على المظهر الخارجي وفق ما يجب.
- اهتمام الإدارة بتوثيق ملفات مرضاها سواء عن طريق السجلات الورقية أو عن طريق الحاسب الآلي.
- الحرص على مواصلة تكوين الإداريين أو الطاقم الطبي أو التمريضي وذلك بشكل دوري تقريبا.

رابعاً: توصيات الدراسة

- ضمان توسيع الإسعافات وبرمجتها .
- تطبيق النشاطات الوقائية والتشخيص والعلاج وإعادة التكيف الطبي .
- ضمان النشاطات المتعلقة بصحة الأم والطفل .
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة والسكان .
- المساهمة في الترقية والحماية في مجال الوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية .
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم .

الخاتمة

من خلال معالجتنا لموضوع دور إدارة المستشفى في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري

فقد حاولنا دراسة هذا الموضوع نظريا وميدانيا وقد تبين من خلال دراستنا أن لإدارة المستشفى دور كبير في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية.

إضافة إلى ما توصلنا إليه من نتائج أثناء القيام بالدراسة خلصنا إلى أن على إدارة المستشفى الوقوف على أداء كل موظفيها ومحاولة التنسيق معهم قصد خدمة المريض ومحاولة مساعدته بكل الطرق الممكنة.

ضمان توسيع الإسعافات وبرمجتها،محاولة تطبيق النشاطات الوقائية والتشخيص والعلاج و إعادة التكيف الطبي،ضمان النشاطات الخاصة المتعلقة بصحة الأم والطفل ،تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة والسكان.

المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم بالإضافة إلى تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وكل هذا قصد خدمة المريض في أحسن الظروف وبالتالي سهولة امتثاله للشفاء ولو نسبيا.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية:

أ. القواميس:

1. المنجد العربي: ط5، دار المشرق، بيروت، لبنان، 1987

ب. الكتب:

2. أبو مالك حسن سي العربي، الرقية بين الانضباط الشرعي والتسيب في الممارسات، الجزائر، دار النجاح للكتاب، 2004

3. احسان محمد الحسن، موسوعة علم الاجتماع، الدار العربية للموسوعات، بيروت، ط1، 1999.

4. أحمد الشنقيري، قصة لثورة الجزائرية من الاحتلال الى الاستقلال، بيروت، دار العودة، يدون سنة.

5. احمد حافظ نجم وآخرون : دليل الباحث ، ط1، دار المريخ للنشر الرياض، السعودية، 1977 .

6. إفون تيران، المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمر (ترجمة : محمد عبد الكريم أوزغلة) الجزائر، دار القصبية، 2007.

7. برارو فاقه سهيلة، إصلاح المنظومة الصحية، واضع وآفاق، مجلة دراسات استراتيجية، الصادرة بالجزائر، عدد 06، سنة 2009، ص 113.

8. تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 168.

9. توفيق محمد عبد المحسن، إدارة المنشآت المتخصصة، دار الفكر العربي وآخرون، د ط، 2006

10. الجسعي خالد سعد، الإدارة: النظريات والوظائف، ط1، 1427هـ.

11. السواط طلق عوض الله وآخرون، الإدارة العامة المفاهيم الوظائف والأنشطة، دار النوابع للنشر والتوزيع، ط1، 1416هـ

12. سيد هواري، التنظيم، مكتبة عين شمس، القاهرة، ط5، 1992.

13. طاهري حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004.

14. عامر قنديلحي : البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية ، ط 2 ، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان ، الاردن ، 2010 .

15. عبد الرحمن الشميمري وآخرون، مبادئ إدارة الأعمال: أساسيات والاتجاهات الحديثة، ط1، مكتبة لعبيكان، الرياض، 2004
16. عبد الغفار الحنفي، أساسيات إدارة منظمات الأعمال: الوظائف والممارسات الإدارية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2006
17. عبد الله محمد عبد الرحمان ومحمد علي البدوي : مناهج وطرق البحث الاجتماعي ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 2000 .
18. كريم النشاشيبي وآخرون، الجزائر: تحقيق الاستقرار والتحول إلى اقتصاد السوق، صندوق النقد الدولي، واشنطن 1998
19. كمال غالي، الإدارة العامة، مطبوعات جامعة دمشق
20. محمد الغريب عبد الكريم : البحث العلمي لتصميم المنهج والاجراءات ، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة ، مصر ، 1987 .
21. محمد بكري عبد العليم، مبادئ الإدارة والأعمال، د. دار نشر
22. محمد شفيق : البحث العلمي ، الخطوات المنهجية لاعداد البحوث الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ، 2001
23. محمد عبيدات وآخرون ، منهجية البحث العلمي قواعد والمراحل والتطبيقات ، ط2 ، دار وائل للنشر ، عمان ، الاردن ، 1999
24. محمد مهنا العلي:الوجيز في الإدارة العامة، دار السعودية للنشر والتوزيع، جدة، ط1، 1984.
25. مروان عبد المجيد ابراهيم : ط1 ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع ، عمان ، الاردن ، 2000 .
26. معتز ياسين، الصحة والمريض بين الطب والشريعة، ط1، دمشق، دار العصماء، 2009.
27. ناصر الدين سعيدوني، النظام المالي في أواخر العهد العثماني، ط2، الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1985،
28. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، الجزائر، دار كتامة للكتاب، 2008.

ج. المذكرات:

29. عمر محمد درة، مدخل إلى الإدارة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة عين شمس، 2009.
30. محمد لمين أجال لعجال ، هجرة الكفاءات العربية، الأسباب والمقترحات للحد منها (حالة الجزائر)، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر: معهد العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 1990.

31. خامت سعديّة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر، تخصص في العلوم التجارية، المركز الجامعي العقيد آكلي محند، البويرة، السنة الجامعية 2012-2013.

32. فتاحين فريد، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمة الصحية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم التسيير، تخصص تسيير مؤسسات، جامعة خميس مليانة، السنة الجامعية: 2015-2016.

33. ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير الصحة العالمية، مذكرة تخرج لنيل الماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية بغزة، أغسطس 2016.

د - التقارير والمجلات:

34. بومعراف إلياس، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، ع 7، 2009-2010.

35. التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2006.

36. كيشرود بشير، لخلف عثمان، "الصحة ومكونات المحيط"، أحداث إقتصادية، مجلة شهرية، عدد 31، الجزائر، سبتمبر 1988.

هـ - المراسيم والقوانين

37. ج.ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 86-25 مؤرخ في 2 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ 1986/02/11م المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 6، الصادرة بتاريخ 3 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ 12 فيفري 1986م.

38. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، الدستور 1976

39. وزارة الصحة والسكان، المنشور الوزاري رقم 1 المؤرخ في 08 أبريل 1995م، المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى.

و - المواقع الإلكترونية:

40. www.sites.google.com/site/kenanaonline.com.

41. www.sites.google.com/site/ons.dzp

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

42. A.Bouchrit Dj.Auildabbas M.Toumi Le système de santé durant la gurre de l libération
43. COUVREUR Chaurtal , Sociologie et hôpital , édition A.Deboek , Bruxelles , 1978.
44. La Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité
45. Marcel Laflamme le management :approche systématique théorie et cas 3ème édition(Québec : **Gaëtan Morin éditeur & associés Litée 1981**) national,Ministère de la santé,Alger,1983,p42.

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

- جامعة الشهيد حمه لاخضر -

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

:

:

استبيان بحث حول:

دور إدارة المستشفى في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العلاجية في المجتمع الحضري

ميدانية لمواقف الموظفين: إدرين، أطباء، ممرضين

المؤسسة الاستشفائية بن عمر الجيلاني بمدينة الوادي

لي عظيم الشرف أنا الطالبة في جامعة حمه لاخضر أن أقوم بتقديم هذا الاستبيان في إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع الحضري لتحقيق أهداف الدراسة العلمية يرجى منكم الإجابة على الأسئلة المتضمنة في هذه الاستمارة بدقة وموضوعية فيبيانات هذه الاستمارة سرية ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي وفي الأخير تقبلوا مني احترام على حسن تعاونكم في انجاز بحثنا هذا

:

:

-

-

السنة الجامعية: 2017/ 2018

ا. البيانات الشخصية والديمغرافية

-:
- المهنة: طبيب ة: : :
- الأقدمية في المنصب:

ا.ا

أجب بنعم أو لا مع التوضيح في كلا الحالتين لماذا:
تلعب إدارة المستشفى دور في توفير المعدات و المستلزمات المادية والعلاجية لتحسين مستوى الخدمات الصحية.

1- هل الميزانية التي توفرها دارة دور في تحسين مستوى الخدمات الصحية?

2- هل للإدارة دور في تجهيز المستشفى بالمعدات الطبية?

3- هل تحتاج المستشفى إلى تحديث الأجهزة والمعدات و المستلزمات الطبية المستخدمة حالياً?

4- هل تعتقد بأن إدارة المستشفى قد وفرت المستلزمات المادية ضمن إمكانياتها المتاحة والتي تتناسب مع متطلبات مرضاها?

5- هل تهتم إدارة المستشفى بشكل دقيق في تدوين المعلومات الكاملة عن المرضى وحالاتهم الصحية في السجلات

6- هل تقدم إدارة المستشفى أفضل ما لديها للمرضى فعلياً?

ا.ا.ا

تلعب إدارة المستشفى دور في توفير الظروف البيئية المحيطة بالمرضى من أجل تحسين مستوى الخدمات الصحية .
1- هل لإدارة المستشفى علاقة بمراقبة الظروف الصحية و البيئية المحيطة بالمرضى?

2- هل تعتقد بأن طبيعة قاعات الانتظار ومكاتب الأطباء حالياً تتلاءم مع متطلبات المرضى?

3- هل هناك اهتمام واضح من الإدارة بالهيئة الخارجية لكل من الأطباء والمرضى وحتى الإداريين والتي تتناسب مع نوعية الخدمة المقدمة من طرفهم?

4- هل تلتزم إدارة المستشفى بوعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الطبية و توفير البيئة الملائمة?

.IV إدارة المستشفى دور في مدى فعالية الطاقم الطبي والتمريضي و الإداري.

- 1- هل لإدارة المستشفى علاقة بمدى فعالية الطاقم الطبي والتمريضي؟
-
- 2- هل لإدارة المستشفى دور في تحسين سيرورة العلاج في المستشفى؟
-
- 3- هل لإدارة المستشفى دور في انتقاء الكوادر من أطباء وممرضين؟
-
- 4- هل لإدارة المستشفى الحق في التدخل بأساليب تعامل موظفيها من عمال نظافة و صيانة مع مرضاها؟
-
- 5- هل للإدارة فكرة عن كيفية تعامل الأطباء والممرضين مع مرضاها في غرف التمريض؟
-
- 6- هل تأخذ الإدارة بعين الاعتبار شكاوي المرضى بجدية تامة؟
-
- 7- هل يهتم الموظفون من أطباء وممرضين بتقديم الخدمات الطبية في الوقت المحدد وبالشكل السريع الدقيق؟
-
- 8- حسب تصورك هل يتم المرضى بأوقات تقديم الخدمات الطبية لهم؟
-