

ملخص ادارة الخدمات الصحية

- ✓ اسباب المشاكل في قطاع الرعاية الصحية تعود الى مواضيع عدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية وجودتها وكفاءتها .
- ✓ أن المشاكل التي تواجه المؤسسات الصحية بشكل عام والمستشفيات بشكل خاص هي مشكلة إدارية أكثر منها مشكلة إمكانيات وموارد.
- ✓ نما الإهتمام بموضوع الإدارة الصحية في الدول المتقدمة وخاصة أمريكا منذ عشرات السنين واصبح يدرس في الجامعات كتخصص إداري .
- ✓ اصبحت الإدارة الصحية مهنة معترف بها ذات أهمية كبيره شأنها شأن المهن العريقة مثل الطب والهندسة وغيرها **أما في الدول العربية فلم تحظ بعد بما تستحقه من اهتمام .**
- ✓ الإدارة الصحية الجيدة تعني خدمات صحية جيدة والعكس صحيح.

طبيعة الإدارة الصحية

تعتبر الإدارة الصحية فرعاً متخصصاً من العلوم الإدارية والصحية المتميزة **وهي علم تطبيقي اجتماعي** ويضم مزيج من علوم إدارة الأعمال والإدارة العامة والعلوم الطبية والصحية العامة والوبائيات وسياسات الصحية وعلم الأنظمة الصحية وعلوم أخرى متخصصة . يعتبر النظام الصحي من أعقد الأنظمة بسبب تعدد الخبرات والمهارات وعدم تجانسها والإدارة الصحية علم وفن متغير ومتطور نتج عن العلم الدراميتي في التكنولوجيا الطبية وتدريب وتعليم القوى الصحية العاملة وزيادة تكاليف الخدمات الصحية أيضاً . ان الإدارة الصحية شأنها شأن الإدارة في المؤسسات الأخرى تقوم بتحديد الأهداف وتنسيق نشاطات القوى العاملة والمهنية والطبية وغيرها من أجل تحقيق الأهداف المرجوة والمتوقعة في المؤسسات الصحية . يتطلب من الإداري الصحي ان يكون مخططاً واستراتيجياً في بعض النواحي ومنسقاً وقيل كل شيء قائداً وموجهاً للعنصر البشري ومحفزاً ومراقباً للأعمال .

الإدارة الصحية علم وفن ؟

العملية الإدارية بعناصرها ووظائفها المحدودة ذات طبيعة اجتماعية والبعض الآخر ذا طبيعة علمية ومنطقية . تعتبر الإدارة الصحية فناً لأنها تستخدم الكثير من المهارات الإنسانية والاجتماعية . الإدارة الصحية في جوهرها ذات طبيعة إنسانية فالإنسان هو الوسيلة والهدف . عادة يحتاج الإداري استعمال وتوظيف فن الإدارة عند التعامل مع العنصر البشري فهو يستخدم فن المهارات الإنسانية في الاتصال والتوجيه والقيادة ويوظف الإدارة كعلم لا لحساب القيمة المستنفذة للأجهزة والمعدات . وهكذا نجد أن الإداري عند ممارسته للعملية الإدارية فإنه يمزج بين الإدارة كفن والإدارة كعلم .

تعريف الإدارة الصحية :-

عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية :- الإدارة الصحية هي **تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق** الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات والمجتمع ككل . هناك اختلاف أساسي وجوهري في ميدان الممارسة والتطبيق الخاصة بالقطاع الصحي والتي تضع المدير الصحي أمام معطيات وتعقيدات لا نجد نظيراً لها في القطاعات الأخرى وهي كما يلي :-

- 1 - محدودية الموارد المتاحة وكلفتها العالية وبالمقابل الطلب الطبير على هذه الموارد مما يعني **أن المدير الصحي مطلوب منه دائماً أن يقدم الكثير بالقليل المتوفر لديه .**
- 2 - التوقعات العالية لمستهلك الخدمات الصحية فهو يتوقع المعجزات من الطلب والنظام الصحي كما إنه غير راض بشكل عام عن جودة ما يستهلك وعن كلفة هذه الخدمات .
- 3 - التصاعد المستمر في كلفة الخدمة وما يصاحبه من عدم رضى من جانب ممول الخدمات اصحية سواء جهة حكومية او خاص او مؤسسات تأمين .
- 4 - تآمر وعدم رضى من جانب مقدم اخدمات الصحية وبشكل خاص الأطباء واممرضات فهناك عدم رضى بسبب ضغط العمل وتدني الأجور ،مما ينعكس سلبياً على المعنويات .
- 5 - الاعتبارات الإنسانية والاخلاقيات الاجتماعية والمهنية والتي تضع قيود ومعوقات أمام التركيز على الكفاءة والاعتبارات الاقتصادية للخدمات الصحية .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

خصوصية الإدارة الصحية

- يتميز القطاع الصحي بخصوصيته وخصوصية مؤسساته كأكبر واعقد قطاع بالمقارنة مع القطاعات الأخرى ومن خصائص هذا القطاع:-
- 1 - الطبيعة الفردية للخدمة الصحية فلا بد من تكييف الخدمة الصحية وتخطيطها وتقديمها وفقا لحاجة كل فرد على حدة فالخدمة الصحية لا يمكن اخضاعها لمفهوم الإنتاج الكبير .
 - 2 - الطبيعة الشخصية والفردية للخدمة الصحية تجعل العمل اليومي للمؤسسة الصحية مختلف ومتشعب وبالتالي غير خاضع إلا للقليل من التنميط والقياس كما ان الجزء الاعظم من العمل في المؤسسة الصحية لا يتم إلا عن طريق الإنسان لا الآلة .
 - 3 - الدرجة العالية من التمهين والتخصص في القطاع الصحي ، الاطباء اكبر وأكثر العناصر العاملة في المؤسسة الصحية مهنية وأكثرهم علما وتخصصا .
 - 4 - تعدد المؤسسات الصحية والجهات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية داخل البلد الواحد .
 - 5 - ان الطلب على الخدمة الصحية والحاجة لها يزداد بزيادة درجة التطور الحضاري لأي مجتمع فكلما زادت درجة التحضر والتقدم زاد الطلب على الخدمات الصحية كما ان دور الادارة الصحية يأتي في الأولويات وإعادة ترتيبها على ضوء الاحتياجات.
 - 6 - عدم خضوع الخدمات الصحية لقانون العرض والطلب كما ان الطلب على الخدمات الصحية ذا طبيعة طارئة او ملحة عموما ولا يمكن تأجيله كما هو الحال في الخدمات الأخرى .

أما على مستوى المؤسسة الصحية وخاصة المستشفى فهناك العديد من الخصائص التي تميزه عن غيره من المنظمات في القطاعات الأخرى وتجعل منه أعقد تنظيم في الوجود .

يقول احد الكتاب بأن على المدير الصحي الاسترشاد دائما والالتزام بما يسمى بالإنجليزية Rs3 وهي

- الاستجابة Responsiveness لحاجات وطلبات مستعملي ومستهلكي الخدمات الصحية .
- المسؤولية عن وظائف التخطيط والتنظيم والرقابة وتنسيق الخدمات .
- الإصلاح والتوفيق Reconciliation بين المعارف المتعددة والضخمة والمواقف والمهارات التي تتفاعل في تشغيل النظام الصحي ومؤسساته .

مكونات نظام الإدارة الصحية

النظام هنا مفتوح بمعنى أن المدخلات وعملية التحويل والمخرجات تتأثر بعوامل بيئية متعددة (اجتماعية ، اقتصادية ، ثقافية ،...) والتي تسهل عملية تقديم الخدمات أحيانا وغالبا ما تضع القيود والضغوط عليها .

تتألف المدخلات في نظام الإدارة الصحية من الحاجة لخدمات الرعاية الصحية والطلب عليها كما تحدده العملية الإدارية من خلال التخطيط والتحليل والتقييم .

تتطلب عملية تحويل المدخلات الى المخرجات المرغوبة تنظيم الإمكانيات المتاحة (العنصر البشري ، والأموال ، والموارد والتكنولوجيا) من خلال مجموع من الإجراءات الرسمية وغير الرسمية لتقديم الخدمات الصحية والطبية ، كما تتأثر عملية التحويل عادة بدرجة فعالية وكفاءة الجهاز الإداري الذي يقوم على عملية التحويل ، اما المخرجات فتتمثل بالخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات وما يرتبط بها من نتائج نهائية تنعكس على الصحة والمستوى الصحي .

العملية الإدارية في المنظمة الصحية

أن الخدمات الصحية بشكل عام هي ذات طبيعة خدمية تنتج وتقدم بواسطة الإنسان وبذلك ندرك ان القسم الأعظم من هذه التكلفة والبالغ 60-70% من التكلفة الكلية لهذه الخدمات يذهب كأجور ومرتبات للعنصر البشري .

ولعل المشكلة الحقيقية التي تواجه المنظمات الصحية هنا هي توفر إدارة فعالة وكفوءة تستطيع باطار من الكفاءة والفعالية (مشكلة إدارية أكثر منها مشكلة إمكانيات وموارد .

وفي هذا الإطار يتحمل المدير الصحي مسؤولية مزدوجة هي :-

- ✓ التأكد وضمان أن المرضى الحاليين والمتوقعين يحصلون على أفضل رعاية صحية واهتمام من الموارد المتاحة للمنظمة.
- ✓ يتطلب من المدير المعرفة والتفهم والانتباه المستمر للعناصر الأساسية للعملية الإدارية وان يتمتع بمهارات إدارية عالية تمكنه من تحمل المسؤوليات الكبيرة الملقاة على عاتقه .

الخصائص المميزة للمدير الصحي :-

هناك علامتان مميزتان للمدير وبدونهما لا يمكن أن يكون مديرا بالمعنى الحقيقي لكلمة المدير وهما :-

- 1 - امتلاكه للمهارات الإدارية التي تمكنه من القيام بواجبات منصبه الوظيفي (تخطيط ، تنظيم ، توظيف ، توجيه ، ورقابة) حيث ان هذه المميزات تشكل هذه الوظائف العامل الأول للمميز للمدير .
- 2 - امتلاكه لسلطة والصلاحيات التي تمكنه من القيام بمهام وواجبات مركزه الإداري .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

أنواع المدراء في المؤسسة الصحية :-

يصنف المدراء في المؤسسات الصحية الى ثلاثة مستويات إدارية :-

- 1 - الإدارة العليا ويضم المدراء الذين يتعاملون مع قضايا تتعلق بالسياسة العليا وتمتد مسؤولياتهم لتشمل كافة أنشطة المنظمة الصحية .
- 2 - الإدارة الوسطى ويعرف بالمستوى الإداري والتنسيقي وتقتصر مسؤوليتهم على إجراء من المنظمة على مستوى القسم.
- 3 - الإدارة الإشرافية ويعرف بمستوى التشغيل وتنحصر مسؤوليه على مستوى الشعبة او جماعة العمل والمدراء الصحيون على مختلف مواقعهم في الهيكل التنظيمي وتجمعهم قواسم وصفات مشتركة هي :-
 - a. لديهم سلطة رسمية تخولهم حق التصرف واتخاذ القرار.
 - b. توجيه الآخرين بإصدار التعليمات والأوامر .
 - c. يتحملوا مسؤولية استعمال الموارد المتاحة للمؤسسة .
 - d. مسئولون أمام الإدارة الأعلى عن نتائج أعمالهم .

يختلف المدراء الصحيين فيما يتعلق بكم ونوع المهارات المطلوبة لممارسة عملهم الإداري لذا فهناك ثلاثة أنواع من المهارات الضرورية المطلوبة :-

- 1 - المهارة الفكرية وتزداد حاجة المدير لها كلما ارتقى مركزه الإداري في الهيكل التنظيمي .
- 2 - المهارة الإنسانية ويحتاجها كل المدراء من أجل تحفيز وقيادة المرؤوسين والاتصال معهم .
- 3 - المهارات الفنية ويحتاجها المدير بشكل متزايد كلما انخفض موقعة في الهيكل الإداري

العملية الإدارية في المنظمة الصحية

تعرف الإدارة في المنظمة الصحية بأنها عملية تتضمن القيام بوظائف ذات طبيعة فنية واجتماعية وأنشطة وأدوار مرتبطة بهذه الوظائف والتي تحدث في بيئة رسمية من أجل تحقيق أهداف مستقبلية ، ويتضمن هذا المفهوم للإدارة ما يلي :-

1. الإدارة عملية تتضمن القيام بوظائف وأنشطة ذات طبيعة مستمرة ومتفاعلة.
2. الإدارة عملية تحقق مجموعة من الأهداف المحددة.
3. الأهداف تُحقق من خلال استخدام الموارد (البشرية والمادية والمالية).
4. العملية الإدارية تحدث في بيئة رسمية.
5. الوظائف الإدارية الأساسية في المنظمة الصحية هي: التخطيط واتخاذ القرار، والتنظيم والتوظيف، والتوجيه والرقابة.

الوظائف الإدارية في المنظمة الصحية

لابد للمدير الصحي من القيام بمجموعة من الوظائف الإدارية من تخطيط وتنظيم وتوظيف وتوجيه ورقابة :-

- 1-التخطيط :- يحدد الأهداف ويضع السياسات والإجراءات وأساليب التنفيذ ، ويأتي قبل الوظائف الإدارية الأخرى وهو الوظيفة الأولى والأساسية التي يقوم بها المدير . والتخطيط وظيفة ذات طبيعة فنية وتأتي قبل غيرها من الوظائف الإدارية الأخرى . أهمية التخطيط في منظمات الرعاية الصحية :- يعتبر التخطيط من أكثر الوظائف أهمية في المنظمات الصحية وذلك للأسباب التالية
 - تركيز الانتباه على الأهداف فالتخطيط الجيد يضع أهدافا معقولة للتنظيم كما يزودنا بوسائل لتنسيق وتوجيه أنشطة وفعاليات المشاركين في التنظيم . فتخطيط هو الوظيفة التي تمكن المنظمات من تقرير الاتجاه التي ستسير فيه .
 - لتقليل عنصر المخاطرة وعدم التأكيد .
 - لاحتواء التكلفة وتحقيق اقتصاديات التشغيل (التخطيط الجيد يساعد المنظمة على احتواء تكلفة خدماتها ويمكنها من استثمار ما يتاح لها .
 - لتسهيل عملية الرقابة تتضمن عملية الرقابة مقارنة النتائج الفعلية من النتائج المرغوبة والمحدودة سلفا فتخطيط هو المزود لنا بالمعلومات والبيانات اللازمة لوضع وتحديد المقاييس والمعايير المستخدمة لمقارنه النتائج .

2-التنظيم :- هو تجميع العناصر البشرية والمادية المتاحة ضمن وحدات ودوائر تنظيمية يمكن توجيهها باتجاه تحقيق أهداف التنظيم .

عندما يقوم المدير بالتنظيم فهو يحدد الأنشطة المختلفة التي يجب القيام بها ويجمع هذه الأنشطة في مجموعات متميزة على شكل دوائر أقسام فرق عمل او أية وحدات تنظيمية أخرى .

وظيفة التنظيم :-

- تصميم الهيكل التنظيمي الذي يبين كافة المراكز الوظيفية التي تحتاجها المنظمة لتنفيذ أنشطتها وتحديد الواجبات الوظيفية لهذه المراكز.
- تحديد خطوط السلطة والمسؤولية والعلاقات بين المرؤوسين بشكل واضح .
- تفويض مقدار من السلطة لعناصر التنظيم لكي يتمكنوا من القيام بواجباتهم ومسؤولياتهم .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

3-التوظيف:- تعني مسؤولية المدير عن حشد واستخدام الموظفين الجدد المؤهلين لملء المراكز الوظيفية المتعددة والمختلفة في التنظيم. كذلك هذه الوظيفة لا تقتصر على الاختيار والانتقاء بل تشمل التدريب وتمتية قدراتهم وكفاءاتهم كذلك الترقية وتقييم الأداء وتوفير الفرص لتنميتهم وتطويرهم ووضع نظام مناسب للأجور والمرتبات .

4-التوجيه :- بعد التخطيط والتنظيم يأتي التوجيه لتحفيز العاملين لتنفيذ الخطط وتتضمن هذه الوظيفة :-

أ - حفز المرؤوسين لتحقيق الأهداف المرسومة لوظائفهم .

ب - توجيه وإرشاد المرؤوسين .

ت - الإشراف على تنفيذ الأنشطة .

يمكن القول بان وظيفة التوجيه هي الوظيفة التي تدور حولها كافة أنشطة التنفيذ وهي جوهر كافة عمليات التشغيل ومن خلال وظيفة التوجيه يسعى المدير لخلق مناخ مناسب لتحقيق رغبات واحتياجات العاملين وتحقيق اهداف المنظمة الصحية .

5-الرقابة :- تتضمن الأنشطة الضرورية للتأكد من أن الأعمال تسير كما هو مخطط لها وان الاهداف المرسومة تم إنجازها .

بمعنى آخر فإن الرقابة تعني تحديد فيما إذا كانت الخطط الموضوعة قد نفذت .

تتألف هذه الوظيفة من ثلاث خطوات :-

أ - وضع المقاييس والمعايير .

ب - قياس الإنجازات ومقارنة النتائج الفعلية مع المقاييس والمعايير .

ت - تصحيح الانحرافات عن المعايير .

ترابط وتداخل الوظائف الإدارية :-

الوظائف الإدارية الخمس المذكور سابقا تتداخل مع بعضها فكل منها يصب في الأخرى وتؤثر فيها وهي دائرة إدارية متصلة الشكل أي لا يوجد خط فاصل بينهم ، كما أنها غير قابلة للفصل فكل منها يصب في الأخرى ويؤثر في إنجاز الأخرى ومخرجات إحداها يشكل مدخلات للوظيفة اللاحقة .

عمومية الوظائف الإدارية

1. أنها عامة لكافة المدراء بصرف النظر عن المراكز الوظيفية التي يشغلونها، أي أن المدير الصحي في المستويات الإدارية (العليا والوسطى والتنفيذية) يمارس الوظائف الإدارية الخمسة.

2. أن الوقت والجهد الذي يصرفه المدير الصحي على هذه الوظائف يختلف حسب موقعه في التنظيم الإداري

الأدوار التي يقوم بها المدير الصحي :-

يقوم المدراء الصحيون بعدد من الأدوار بعضها متضمن في الوظائف الإدارية والبعض الأخر يعتبر إضافة إلى الأنشطة والوظائف التي يقوم بها المدير الصحي وهذه الأدوار تجمع في ثلاث مجموعات :-

1 - أدوار تتعلق بالعلاقات بين الأشخاص:-

- ✓ الرئاسة الرمزية يقوم المدير بأدوار احتفالية ورمزية مثل قص الشريط او استقبال وفد ترأس حفل تكريم .
- ✓ ضابط الاتباط ويقوم بما يلي :-

i . التنسيق بين الدوائر المختلفة في المنظمة .

ii . الاتصالات مع المنظمات الأخرى والمدراء الصحيين الاخرين بشكل رسمي وغير رسمي.

iii . الاتصال مع المنظمات المهنية .

✓ دور القائد ويقوم بما يلي :-

i . حفز وقيادة المرؤوسين.

ii . التأثير على سلوكيات المرؤوسين وتغييرها إيجابيا بصفته القدوة لهم .

2 - دور صانع القرارات ويشمل الأدوار الاتي :-

✓ عراب او مهندس التغيير حيث يقوم بالتخطيط لإدخال التغييرات للتنظيم .

✓ حلال المشاكل .

✓ موزع الموارد والإمكانات ، توزيع الموارد المالية والبشرية والمادية بين الأقسام والدوائر .

✓ المفاوض ، التفاوض مع الاقسام ومراكز القوى عند توزيع الامكانيات والموارد.

ملخص ادارة الخدمات الصحية

3 - دور مصدر أو مركز المعلومات ويتضمن :-

✓ الرقيب

✓ ناشر المعلومات وذلك عن طريق :-

- i. شبكة الاتصالات داخل التنظيم.
- ii. اتصالاته الخارجية بحكم كونه ضابط الارتباط والمنسق الخارجي .
- iii. نظام المعلومات الرئيسي بالتنظيم .
- iv. الناطق الرسمي

عادة ما يقوم المدراء بتنقيح وتقويم المعلومات وفبركتها ومن ثم يقومون بنشر بعضها او كلها او حجبها عن الاخرين .
ص 43-44-47-48-5446-47-48.

العملية الإدارية في المنظمات الصحية

Administrative Process	العملية الإدارية
Administrative Functions	الوظائف الإدارية
Top Management	الإدارة العليا
Middle Management	الإدارة الوسطى
Executive Management	الإدارة التنفيذية
Conceptual Skills	المهارات الفكرية
Human Relations Skills	مهارات العلاقات الإنسانية
Technical Skills	المهارات الفنية
Roles Managerial	أدوار المدراء
Interpersonal Roles	أدوار العلاقات بين الأشخاص
Roles Decisional	أدوار صانع القرار
Informational Roles	أدوار مصدر المعلومات

الفصل الثالث

نظام خدمات الرعاية الصحية

تهتم الدولة الحديثة بموضوع الصحة والرعاية الصحية لمواطنيها وذلك لسببين :-

- 1 - اعتراف الدول الحديثة بالصحة وخدمات الرعاية الصحية كحق أساسي لكل مواطن .
- 2 - رسوخ القناعة الأكيدة لدى الأفراد والمسؤولين بالارتباط القوي بين صحة الفرد والرفاه العام للمجتمع .

تعريف النظام الصحي :- مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل معاً لتحقيق هدف النظام الصحي والتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار

مكونات النظام الصحي

1. نظام الإنتاج: يتكون من الأنظمة والأنشطة التي تقدم الخدمات الصحية (العامة والشخصية) للمجتمع ككل.
2. نظام الصيانة: يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام إعداد وتعليم وتدريب وتأهيل العاملين في النظام الصحي للقيام بأدوارهم ومكافأتهم وتمويل أنشطة النظام الصحي.
3. نظام التكيف: يتكون من المنظمات والأنشطة التي تتابع التغيير في المجتمع من حيث تطور الأمراض وتكنولوجيا العلاج وأساليب التمويل وطرق إنتاج الخدمة وتتابع توقعات المستفيدين وكيفية الاستجابة لها.
4. نظام الإدارة: يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام التنسيق والضبط والتوجيه لأنشطة الأنظمة الثلاثة السابقة.

ويحدد البعض المكونات الأساسية للنظام الصحي بخمسة عناصر كما يلي :- "مكونات نموذج النظام الصحي الوطني :

1. إنتاج الموارد الصحية: البشرية والمادية (الأدوية والمواد...).
2. تنظيم البرامج الصحية: المنظمات العامة والخاصة والخيرية والدولية والاجتماعية.
3. الخدمات الصحية المقدمة: الرعاية الأولية (الوقاية والعلاجية) والتخصصية والثانوية.
4. الإدارة الصحية: الوظائف الإدارية (التخطيط والتنظيم والرقابة والقيادة والتقويم...) والأنظمة (التشريعات والقوانين واللوائح).
5. الدعم الاقتصادي: التأمين والضمان الاجتماعي والضرائب والمعونات والقروض

ملخص ادارة الخدمات الصحية

وظائف النظام الصحي:- ان الهدف الرئيسي لأي نظام صحي هو ضمان توفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع وذلك على ضوء ما يتوفر له من إمكانيات وموارد **ولتحقيق هذا الهدف لا بد للنظام الصحي من القيام بوظيفتين رئيسيتين هما:-**

الوظيفة الأولى: أن يضمن تقديم خدمة صحية ذات جودة وإيصالها للمستفيد دون عوائق.
الوظيفة الثانية: أن يركز على إنقاص معدلات الوفيات ومعدلات حدوث الأمراض والحوادث والإعاقات في المجتمع على المستوى الفردي والمجتمعي.

ويتم الحكم على كفاءة النظام الصحي بناءً على قدرته في تحقيق مبتغى الوظيفتين السابقتين

خدمات النظام الصحي:- لتمكين النظام من القيام بهاتين الوظيفتين وتحقيق الهدف المرسوم له لا بد من ضمان توفير وتقديم مجموعتين رئيسيتين من الخدمات الصحية تشكلان معا النظام الصحي الكلي كما يلي :-

المجموعة الأولى:

1. خدمات وبرامج الصحة العامة وتهدف إلى رفع المستوى الصحي للمجتمع ككل وتنقسم إلى:
 - ✓ خدمات الارتقاء بالصحة: وتوجه لبناء سلوكيات إيجابية لدى الأفراد مثل خدمات الغذاء الصحي المتوازن وممارسة الرياضة البدنية والتثقيف الصحي وصحة البيئة المنزلية.
 - ✓ خدمات الصحة العامة: وتوجه إلى صحة الأفراد كمجموعات مثل خدمات السيطرة على الأمراض السارية والمعدية والعزل والأمومة والطفولة والإحصاء الحيوي والبحث العلمي وتنمية الموارد.
 - ✓ خدمات صحة البيئة: وترتبط بخدمات الصحة العامة أعلاه وتوجه إلى توفير البيئة الصحية السليمة التي تهتم بقضايا التلوث البيئي والأمن والسلامة العامة والإسكان الصحي وتشمل توفير الماء الصالح للشرب ، التخلص السليم من النفايات ، صحة الحليب والمأكولات ، توفير المسكن الصحي السليم ، الاهتمام بالصحة المهنية وامور السلامة ، مكافحة الحشرات . ولتحقيق هذه الاهداف ركزت خدمات الصحة العامة وبشكل تقليدي على الطرق التالية لحماية المجتمع من الأمراض المعدية والسيطرة عليها:-
 - i. حملات التطعيم الموجهة للمجتمع لتحسين أفرادهم ضد الأمراض السارية والمعدية .
 - ii. خدمات صحة البيئة المذكورة أنفا .
 - iii. عزل الحالات المرضية المصابة بالامراض السارية
 - iv. المعالجة الجماعية بالمواد الكيماوية .

المجموعة الثانية:

- 1 - خدمات الرعاية الطبية الشخصية وتركز على صحة الفرد وتهدف إلى تطبيق إجراءات الشفاء والتأهيل له والرقي بصحته ووقايته من المرض والاكتشاف المبكر لأعراض المرض لديه، وتنقسم إلى:
 - ✓ خدمات الارتقاء بالصحة: وتركز على أهمية الغذاء الصحي وأهمية الرياضة والراحة والنظافة الشخصية والسلوك الصحي السليم (الامتناع عن التدخين والمشروبات الكحولية والمخدرات والقيادة الخطرة...).
 - ✓ الخدمات الوقائية: ويمكن تصنيف هذه الخدمات بثلاث مستويات:-
 - i. خدمات الوقاية الأولية (التطعيم...).
 - ii. خدمات الوقاية الثانوية (التشخيص والكشف المبكر للأمراض...).
 - iii. الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة (المتخصصة بإعادة التأهيل...).
 - ✓ الخدمات العلاجية: تقسم هذه الخدمات الى قسمين
 - i. خدمات المرضى الخارجيين وتقوم المستشفيات بدور كبير في هذا المجال من خلال العيادات الخارجية والمراكز والمستوصفات الطبية .
 - ii. خدمات المرضى الداخليين. وتصنف هذه الخدمات بمستويات ثلاث:-
 1. خدمات الرعاية الأولية والتي تقدم عن طريق الاطباء والعاملون وهي نقطة الدخول للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المريض .
 2. خدمات المستوى الثاني وهي خدمات متوسطة او خدمات الأخصائيين وتقدم من خلال العيادات الخارجية والداخلية في المستشفى .
 3. خدمات الدرجة الثالثة وهي غاية في التخصص والتطور وتقدم من خلال المراكز والمستشفيات المتخصصة وعادة يتم تقديمها على مستوى اقليمي او وطني لانها تطلب من فئة قليلة ولانها عالية التكلفة.
 - ✓ خدمات التأهيل والرعاية طويلة الأجل: وتشمل الخدمات التي تتطلب فترة زمنية طويلة مثل إعادة التأهيل للمرضى مثل مصابي الحوادث.

العناصر المكونة للرعاية الطبية

- 1 - **العنصر الشخصي:** ويمثل المنتفعين من الأفراد والمجموعات من خدمات البرنامج الصحي. ويتربط على ذلك ضرورة على خصائص المنتفعين السكانية والديموغرافية مثل العمر والجنس والتوزيع السكاني ومستوى التعليم ومعدل الدخول ونمط الإسكان.
- 2 - **العنصر المهني:** ويمثل كافة المهنيين الصحيين الذين يقدمون الخدمة الصحية مثل الأطباء والمرضات والصيادلة والمدراء الصحيين وأخصائي التغذية والأخصائيين الاجتماعيين والفنيين والمهنيين والإداريين.

ملخص ادارة الخدمات الصحية

- 3 - **العنصر الاجتماعي أو المؤسسي:** ويشمل كافة المنظمات الصحية التي تقدم الخدمات الصحية ومنها التي تقدم خدمات للمرضى الداخليين وتلك التي تقدم خدمات للمرضى الخارجيين.
- 4 - **العنصر التنظيمي:** ويشمل الإجراءات والترتيبات المطلوبة لتنظيم وتنسيق الأنشطة المختلفة لفريق الرعاية الطبية لكي يقدم خدمة مناسبة من حيث الكم والكيف والمكان والزمان وحسب الحاجة إليها.
 - a. ويتطلب ذلك تحديد مستويات الرعاية الطبية وتوضيح العلاقة بينهما وتنسيق أنشطتها
 - b. نظام تحويل فعال بين مستويات الرعاية المختلفة .
 - c. نظام جيد للتسجيل الصحي لتنظيم عملية استخدام الخدمة في المكان والزمان الصحيح.
 - d. تنظيم خدمات الرعاية الطبية على أساس إقليمي .
 - e. نظام قومي شامل للتأمين الصحي .
 - f. نظام تقويم ورقابة فعال لضمان تقديم خدمات جيدة وبأقل كلفة ممكنة .
- 5 - **الإدارة:** ويمثل توفير موارد بشرية ذات كفاءة وفعالية عالية لتقوم بوظائف العملية الإدارية مع مراعاة الطبيعة المعقدة للرعاية الصحية والمتمثلة أولاً في التعددية والاختلاف في التخصصات والمنظمات الصحية وثانياً في ندرة ومحدودية الموارد المتاحة.

مستويات الرعاية الطبية

- 1 - **خدمات الرعاية الأولية:** وتمثل بوابة الخدمات الطبية وينسقها الطبيب العام ويتم من خلالها تقييم الحالات المستفيدة من الخدمة وعملية التحويل والانتقال إلى مستويات الرعاية الأعلى، وتقدمها المراكز الصحية. ويمكن لمساعدين الأطباء والممرضات تقديم مثل هذه الخدمات.
- 2 - **خدمات الرعاية الثانوية:** وتمثل المستوى الثاني للخدمات الطبية ويتم التحويل إليها من المراكز الصحية لخدمات الرعاية الأولية وينسقها الأطباء الأخصائيون في الطب العام والجراحة العامة وأمراض النساء والولادة والأطفال وفي المختبر والأشعة والعلاج الطبيعي، وتقدمها العيادات الخارجية والأقسام الداخلية في المستشفيات.
- 3 - **خدمات الرعاية الثلاثية:** وتمثل المستوى الثالث للخدمات الطبية ويتم التحويل إليها من المستوى الثاني وينسقها أطباء على درجة أعلى من التخصص مثل جراحة القلب والأعصاب والتجميل، وتقدمها منظمات صحية متخصصة.
- 4 - **خدمات الرعاية الوطنية:** وتشمل خدمات الأطباء المستشارين ذوي التخصص العالي والخبرة والمهارة المتميزة والتوجه العلمي والبحثي، وتقدمها مراكز صحية وطنية وإقليمية.

أركان جودة الرعاية الطبية

- 1 - **تواجد الخدمات:** وتعني توافر الخدمة الطبية كماً ونوعاً وفق نسب معيارية (أمثلة: عدد الأطباء لكل ألف من السكان، عدد الأسرة لكل ألف من السكان، عدد السكان لكل مركز صحي أو مستشفى...)
- 2 - **سهولة منال الخدمة:** وتعني وجود أو عدم وجود عوائق تحد من استعمال المستفيدين أو المنتفعين للخدمات الطبية (أمثلة: العوائق التنظيمية أو المادية أو المالية أو الاجتماعية أو النفسية...) لضمان سهولة المنال لا بد من توفر :-
 - ✓ توفر الخدمات في أماكن تواجد الأفراد حيثما أمكن ذلك .
 - ✓ ضمان وصول كل فرد الى الخدمة واستعماله لها والانتفاع بها في الزمان والمكان الصحيح .
 - ✓ إزالة أية عوائق قد تحد من وصول الفرد للخدمة والانتفاع بها .
- 3 - **شمولية الرعاية:** وتعني توفير خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة وما تستلزمه من تقنيات وأجهزة ومنشآت صحية والتعامل مع عوامل البيئة الخارجية بدون حدود وحسب الحاجة الفعلية (أمثلة: خدمات كافة المهنيين الصحيين...)
- 4 - **استمرارية الرعاية:** وتعني التتابع المستمر لتلقي الخدمة الطبية من قبل المنتفع أو المستفيد حسب حاجته إليها، ويستلزم ذلك وجود مصدر مركزي يتحمل مسؤولية رعاية المستفيد ووجود نظام معلوماتي يضمن استمرار الخدمة ووجود التنسيق بين مستويات الرعاية الطبية ووجود سجل صحي وطني (أمثلة: استمرار رعاية المستفيد من المصدر المناسب لحالته...).
- 5 - **كفاءة الخدمة:** وتعني الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة لتحقيق الأهداف المحددة، ويستلزم ذلك التخطيط الرشيد والتنظيم السليم (أمثلة: التخطيط والتنظيم والتمويل على أساس إقليمي...).
- 6 - **جودة الخدمات:** وتعني توفر الجانب المعرفي والتكنولوجي والجانب السلوكي المتمثل في (أمثلة: المعارف والمهارات والخبرات ودرجة التقدم العلمي والتقني، سلوكيات مقدمي الخدمة وفن التعامل مع المستفيدين...).

Health System	النظام الصحي
Health System Functions	وظائف النظام الصحي
Health System Components	مكونات النظام الصحي
Model National Health System	نموذج نظام صحي وطني
System of Production	نظام الإنتاج
System of Maintenance	نظام الصيانة
System of Adaptation	نظام التكيف
Quality Medical Services	خدمات طبية نوعية

ملخص ادارة الخدمات الصحية

Services Health Promotion	خدمات الارتقاء بالصحة
Public Health Services	خدمات الصحة العامة
Services Primary Preventive	خدمات الوقاية الأولية
Services Secondary Preventive	خدمات الوقاية الثانوية
Outpatients	المرضى الخارجين
Inpatients	المرضى الداخليين
Availability of Service	تواجد الخدمة
Accessibility of Service	سهولة منال الخدمة
Primary Care	الرعاية الأولية
Secondary Care	الرعاية الثانوية
Tertiary Care	الرعاية الثلاثية
Efficiency of Service	كفاءة الخدمة
Continuity of Service	استمرارية الخدمة

الفصل الخامس

التخطيط الاستراتيجي في المنظمات الصحية

أهمية التخطيط الاستراتيجي

1. نمو المنظمات الصحية المتمثل في الحجم وفي الأنشطة والخدمات.
2. التقدم التقني السريع والتوسع في استخدامه في المجال الصحي.
3. التغيرات الاقتصادية المتمثلة في أسعار الأدوية والأجهزة والمستلزمات ومستويات دخول الأفراد والأسر.
4. التغيرات الاجتماعية المتمثلة في القيم والعادات والسلوك والمسكن ونمط الحياة.
5. التغير في السياسات الصحية وسياسات تمويل الخدمات الصحية والتشريعات والقوانين.
6. التغيرات الديموغرافية والمتمثلة في عدد السكان وتوزيعهم الجغرافي والعمرى.

من خلال عملية التخطيط الاستراتيجي يمكن الإجابة على الأسئلة التالية :-

- كيف يمكن للمنظمة الصحية أن تتوقع وتستطلع المستقبل؟
- كيف تتكيف مع البيئة الخارجية والداخلية ؟
- كيف نحدد الأهداف الإستراتيجية وما الذي يؤثر على تحديد هذه الأهداف ؟
- كيف تقوم المنظمة الصحية بتطوير استراتيجيات خاصة وبرامج تشغيلية لتحقيق الأهداف ؟
- كيف تقوم بعملية المزج و التكامل ما بين الهيكل التنظيمي والناس والتكنولوجيا؟

مفهوم التخطيط:- يمكن التعرف على مفهوم التخطيط من خلال جملة من الخصائص والصفات المميزة للتخطيط والمرتبطة به :-

- التخطيط نشاط يتعلق بالمستقبل حيث انه ينصب على استنقراء المستقبل .
- اتخاذ قرارات تتعلق بما ينبغي عمله ومتى وكيف وأين وقرارات تتعلق بتخصيص الموارد.
- تطوير بدائل ممكنة وتقييمها واختيار البديل الأفضل.
- عملية ديناميكية مستمرة ومنتشرة في كافة أرجاء المنظمة.

تعريف التخطيط :

“يمكن تعريف التخطيط بعملية منظمة تنصب على التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقويم الأوضاع الحاضرة واتخاذ القرارات المتعلقة بتوجه المنظمة المستقبلية وخططها وبرامجها وتخطيط الموارد اللازمة لذلك”.

عملية التخطيط تتضمن سلسلة من الأنشطة كما يلي :-

- 1 - تقويم المعلومات والبيانات عن المنظمة والبيئة الخارجية .
- 2 - عمل افتراضات حول المستقبل .
- 3 - تقويم الأهداف الحالية وتحديد أهداف جديدة او تعديل الأهداف الحالية .
- 4 - صياغة الاستراتيجيات وبرامج التشغيل التي من شأنها تحقيق الأهداف المحددة .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

خصائص التخطيط

- 1 - التخطيط له مصدران: أحدهما حكومي و آخر خاص.
- 2 - التخطيط ذو مستويات منها:
 - ✓ استراتيجي يركز على البيئة الخارجية،
 - ✓ وعملياتي يركز على الأهداف والبرامج والسياسات والإجراءات. ويتم من قبل المستويات الإدارية الوسطى والدنيا.
- 3 - التخطيط له إطار زمني:-
 - ✓ خطط طويلة المدى ، خطة استراتيجية تغطي عدة سنوات عادة يقوم بها الإدارة العليا.
 - ✓ خطط قصيرة المدى ، خطط عملياتية لعام واحد وعامة وتقوم به الإدارة الوسطى .
- 4 - من يخطط :- التخطيط له مستوى إداري يتحمل مسنوليته:
 - ✓ الإدارة العليا تتحمل مسنولية التخطيط الاستراتيجي
 - ✓ والإدارة الوسطى تتحمل مسنولية البرامج العملية القصيرة وتضع السياسات والإجراءات والقواعد المنظمة للعمل والإدارة التنفيذية وتتحمل مسنولية تقدير حجم العمل وتصميم جداول العمل وتوزيع الموارد
 - ✓ رؤساء الأقسام ومشرفي الخط الأول .
- 5 - مدخل التخطيط ويشير الى الأسلوب المتبع في التخطيط وهناك مداخل كثيرة للتخطيط.

مدخل التخطيط

1. مدخل فرد / لجنة تخطيط.
2. مدخل منظم / عشوائي.
3. مدخل كمي / كيفي.
4. مدخل تطوري / تراكمي.
5. مدخل استباقي / ارتكاسي.

(1) مدخل فرد/ لجنة تخطيط :- من الصعب ان يقوم فرد بعملية التخطيط

المسمى: لجنة التخطيط ورسم السياسة.
أعضاء اللجنة: أفراد من مجلس الإدارة ومن الإدارة العليا ومن الإدارات الأخرى.
المهام: الإشراف على أنشطة التخطيط ومراجعة وتقييم الخطط.

فوائد منهج استعمال اللجان في التخطيط:-

1. توفر الجانب غير الرسمي والمتمثل في تكوين العلاقات والتفاعل والتنسيق بين الأعضاء.
 2. وجود أعضاء من عدة إدارات يؤدي إلى تنوع الخبرة وإلى التكامل بين الخطط الإستراتيجية والتشغيلية والتكتيكية
- قد يؤخذ على منهج اللجان في التخطيط البطيء في العمل سيما وأن عامل الوقت مهم في التخطيط فاحتمال تأجيل اتخاذ القرار موجود دائما وقد يكون مكلفا كما قد تصل اللجان الى قرارات قد لا تكون الأكثر فعالية او الأفضل نتيجة للمساومات .**

(2) مدخل منظم / عشوائي

التعريف : "... نشاط عقلائي منهجي ومنظم يقوم على قاعدة البيانات وله منهجيته المنظمة ... ويتطلب كفاءات متعددة." الفوائد:

1. ضمان استمرارية المنظمات الصحية.
2. زيادة القدرة على التخطيط السليم.
3. تمكين المنظمات الصحية من مواجهة التغييرات والتكيف مع بيئاتها

(3) مدخل كمي / كيفي

التخطيط الكيفي: يركز على خبرة الخبراء واجتهادهم الشخصي والتخصصي، ويتم اللجوء إليه عند توفر نسبة عالية من التأكد. الا انه في الاوانه الاخيرة لم يعد التخطيط يقوم على الخبرات والتقديرات الشخصية والاجتهاد لعدد من الخبراء في ميادين مختلفة التخطيط الكمي: يستخدم أساليب كمية مثل تحليل التكلفة / المنفعة وتحليل النسب وأسلوب المسار الحرج وأسلوب بيرت، ويتم اللجوء إليه عند توفر تقنيات دقيقة للتعامل مع حالة عدم التأكد والتقليل من المخاطر المستقبلية.

(4) المدخل التطوري / التراكمي :- ان كلا المدخلين التطويري والتراكمي يعودان الى درجة الاستقلالية التي تحيط بعملية التخطيط في داخل او خارج المؤسسة الصحية .
المحددات:

1. درجة الاستقلالية التي تحيط بعملية التخطيط.
2. طبيعة هيكل المنظمة الصحية.
3. البيئة الداخلية والخارجية (الأعراف والتقاليد والتنظيمات الحكومية...) للمنظمة الصحية.
4. التطوري: يؤدي إلى محصلات تخطيطية إبداعية وغير تقليدية. ويساهم في تطوير المنظمات غير الربحية ولديها قدر كبير من الاستقلالية.
5. التراكمي: تخطيط اعتيادي، كلاسيكي، غير مبدع، وأقل ابتكاراً. ويطبق في المنظمات ذات الاستقلال البسيط والموارد القليلة وإدارة تركز على أهداف قصيرة الأمد وغير قادرة على توقع المستقبل أو مواجهة التهديد والمخاطر. " معاكس لمدخل التخطيط التطويري".

ملخص ادارة الخدمات الصحية

(5) مدخل التخطيط الاستباقي / الارتكاسي

الاستباقي : " هو مدخل جري وعلني ومنظم، وله مضمون يستبق الأحداث، ولا يتضمن فقط استباق الأحداث ولكن يتدخل ويؤثر في المحيط، ويحدث التغيير، ويصوغ الأحداث لفائدة ومصحة المنظمة الصحية." هذا النوع يصنع الحدث.
الارتكاسي: تخطيط غير منظم ولا يستبق الأحداث، وهو عبارة عن ردود أفعال للأحداث التي تفرض نفسها عليه. هذا النوع يصنعه الحدث. "وهو عكس مدخل التخطيط المبادر".

ان مداخل التخطيط الاتكاسية والمبادرة هما عنصران أساسيان في عملية التخطيط الاستراتيجي من وجهة النظر العملية والمنظور العام للتخطيط الاستراتيجي إلا ان المدخل المفضل في التخطيط الاستراتيجي هو المدخل المبادر او الاستباقي.

مخرجات التخطيط:- تشمل على :-

1. الرسالة التي تعمل من أجلها المنظمة.
2. الأهداف.
3. الاستراتيجيات.
4. البرامج العملية.
5. السياسات والإجراءات.

(1) الرسالة التي تعمل من أجلها المنظمة :- ان لكل منظمة رسالة اما ان تكون واضحة او متضمنة وعادة تكون الرسالة واضحة ومكتوبة وتحدد الأهداف يضع الرسالة مجلس الأمناء أو مجلس الإدارة.
• تشكل الأساس الذي يعتمد عليه في التخطيط الاستراتيجي.
• واضحة ومكتوبة.
• تحدد أهداف عامة.
• توضح الهدف الذي أنشئت من أجله المنظمة.
• تتضمن نصوص تحدد هوية المنظمة وعملها ومبادئها ودستورها ومنهجها وطريقتها والمستفيدين من خدماتها.
• تعكس فلسفة المنظمة ودورها في تقديم الخدمة الصحية.

(2) الأهداف :- عبارة عن نصوص تحدد النتائج التي تسعى المنظمة لتحقيقها.

فوائد وضع الأهداف في المنظمة :-

- أ - تمكن المنظمة والعاملين من تركيز جهودهم نحو تحقيق الأهداف.
- ب - تزيد الكفاءة وخاصة في تخصيص وتوظيف الموارد .
- ت - تعطي الأفراد القدرة والشعور بالانتماء والتوجيه نحو الهدف وتعمل على استقرار المنظمة .
- ث - تساعد المعرفة بالأهداف على صياغة الاستراتيجيات الملائمة لتحقيقها وتنفيذ البرامج العملية لتحقيق الأهداف الفرعية ويمكن تحديد ثلاثة أنواع من الأهداف في المنظمة الصحية :-
 - a. أهداف أساسية :- مثل تقديم خدمات صحية جيدة للأفراد وتلبية حاجات المجتمع .
 - b. أهداف ثانوية :- مثل تقديم خدمات التعليم والتدريب الصحي والطبي والمحافظة على استقرار المنظمة .
 - c. أهداف الوحدات العامة :- مثل تقديم رعاية ترميضية

(3) الإستراتيجيات :- عبارة عن خطط عامة وشاملة تصممها المنظمة من اجل تحقيق الأهداف. ومن مسنوليات الإدارة العليا. وعاد هي

طويلة الأجل وتوظف كم كبير من الموارد.

أمثلة:

1. توسيع نطاق الخدمات الصحية.
2. تحقيق التكامل بين الخدمات الصحية.

(4) البرامج التكتيكية :- تمثل النشاطات المنظمة والمخططة للوحدات العامة في المنظمة الصحية ولكل وحدة فيها وتعتبر استراتيجيات فرعية .

أمثلة:

1. برامج حملات التطعيم تحقق أهداف واستراتيجيات الوقاية.
2. برامج التمويل الذاتي تحقق أهداف واستراتيجيات التمويل.

(5) السياسات والإجراءات :-

- السياسات هي قواعد لسلوك العاملين وضوابط لاتخاذ القرار والتفكير. و منسجمة مع الرسالة والأهداف وواضحة ومرنة ومعمة على الجميع. و تنقسم إلى عامة وهي للمنظمة ككل وعملياتية وهي للأقسام.
- الإجراءات: عبارة عن سلسلة من الخطوات للقيام بعمل محدد وتهدف إلى إرشاد العاملين لتقديم الخدمات.
خصائص السياسات الجيدة:-

- ✓ ان تكون واضحة لا لبس فيها ولا غموض ولا مجال للاجتهاد فيها .
- ✓ تتسجم مع الاهداف مفهومه ومقبولة لمن يقوم بتنفيذها.
- ✓ توضع لتهدى التفكير واتخاذ القرار والسلوك .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

- ✓ تتميز بالمرونة لمجابهة الطوارئ.
- ✓ يجب تمريرها وإيصالها الى الأفراد المعنيين .
- ✓ ان تكون منسجمة ومتناغمة فيما بينها .
- عادة تستعمل السياسات والأهداف والإجراءات كمعايير لتقييم الأداء وإنجازات المنظمة .

مجالات لتحديد الأهداف والمعايير

- حدد دراك ثمانية مجالات يمكن للمنظمة تحديد أهدافها في أي منها :-
- الربح - الإنتاجية - الإبداع - المركز السوقي - الموارد المادية والمالية
- تطوير أداء العاملين. تطوير أداء المدراء .

المسؤولية الاجتماعية

عادة تتبنى المنظمات الصحية أهداف متعددة مما يستوجب التنسيق بينها كما لا بد من تحقيق التوازن بين الأهداف الشخصية للعاملين وأهداف المنظمة وأهداف المجتمع فهناك ارتباط وثيق للربح والإنتاجية بالجانب الإنساني .

عملية التخطيط الاستراتيجي :- المراحل

- 1 - **تخطيط عملية التخطيط:** يوجد على الأقل ثلاثة طرائق لنهج التخطيط الاستراتيجي:-
 - ❖ تحليل الفجوات في البرامج.
 - ❖ حل المشكلات.
 - ❖ تحليل وتقييم نقاط القوة ونقاط الضعف والفرص المتاحة ومصادر التهديد / الخطر.

ويوجد طريقتان لنهج التخطيط إما بأخذ المدخلات من المستوى التنفيذي، أو تفرض من الإدارة العليا.
- 2 - **تعريف الرسالة:** وصف عام للمنظمة ولهدفها وفلسفتها وقيمها.
- 3 - **تحليل البيئة:** يتضمن تحليل البيئة تحليل كل العوامل خارج المنظمة الصحية وذلك خلال الفترة التي تغطيها الخطة وتتضمن العوامل الاقتصادية والديموغرافية والاجتماعية والسياسية والتنافسية والتقنية. ويمكن تحليل القطاعات ذات العلاقة على ضوء الفرص والموارد المتاحة وأهم هذه القطاعات ما يلي :-
 - ❖ القطاع الاقتصادي :- ويشمل معدل النمو والتراجع الاقتصادي وقوة العمل ووجود رأس المال ومعدلات البطالة والتأمين الصحي.
 - ❖ القطاع السكني - الديموقرافي :- ويشمل التغير في عدد السكان وخصائصهم الديموغرافي والدخل الفردي والأسري وأماكن الإقامة .
 - ❖ القطاع الثقافي الاجتماعي :- يشمل مدى احترام السلطة او عدم احترامها واتجاهات الموظفين نحو العمل .
 - ❖ القطاع السياسي والصحي :- يشمل المواقف السياسي والصحي - الرسمي والشعبي - من الصحة كحق للجميع وحق الحصول على الخدمات الصحية
 - ❖ القطاع الخاص والمنافس:- وهو من اهم العوامل التي يجب تقويمها واخذها بالاعتبار ويشمل المنافسون وما يقدموا من خدمات ونقاط القوة والضعف .
 - ❖ قطاع التكنولوجيا والموارد البشرية الصحية :- ويشمل مصادر الطاقة البشرية الصحية والتعليم الطبي والبحوث الصحية وتسارع التطور التكنولوجي لهذه الموارد .
- 4 - **تحليل السوق:** معرفة مستهلكي الخدمة من أراد ومؤسسات من حيث الحجم والاستهداف.
- 5 - **تحليل المصادر الخارجية:** الموارد المالية والبشرية والمادية.
- 6 - **تحليل الصناعة:** ان تحليل الصناعة الصحية والتعرف عليها هو الأساس لترجمة رسالة المنظمة الى أهداف دقيقة ومحددة ويشير بوتر بأن تحليل الصناعة يجب أن يركز على :-
 - ❖ المؤسسات المنافسة. - المشاركون المحتملون. -المشتركون. -الموردون. -الخدمات او المنتجات البديلة
- 7 - **تطوير ووضع الأهداف:** تحديد قياسي ورقابي للإنجازات المطلوب تحقيقها بشكل يستجيب لرغبات المستفيدين.
- 8 - **تحليل حقيقة البرنامج:** تحديد الأنشطة التي تحقق الأهداف والبرامج التي تخدم ذلك.
- 9 - **تحليل كفاءة المنظمة الصحية:** ويشمل على الإدارية والتسويقية والإنتاجية والمالية والبشرية.
- 10 - **اختيار الإستراتيجية الملائمة:** المختصرة والمحددة للطرق والأساليب والمصنفة للمحتويات (التوسع، التميز، التكامل الرأسي أو الأفقي، الدمج، التنوع، التحجيم،...).
- 11 **لمختيار البديل الأفضل:** المتناسق مع الرسالة والأهداف والإستراتيجية.
- 12 **لمتعديل للتناسب مع الإستراتيجية:** في الهيكل والسلوك والعمليات والقيم ونمط الإدارة والقيادة.

Strategic Planning	التخطيط الاستراتيجي
Mission	الرسالة
Objectives	الأهداف
Operational Planning	التخطيط العملياتي
Approach Systematic Planning	المدخل المنظم للتخطيط
Approach Quantitative Planning	المدخل الكمي للتخطيط
Approach Qualitative Planning	المدخل النوعي للتخطيط

ملخص ادارة الخدمات الصحية

Approach Incremental Planning	المدخل التراكمي للتخطيط
Approach Proactive Planning	المدخل الاستباقي للتخطيط
Approach Reactive Planning	المدخل الارتكاسي للتخطيط
Planning Outcomes	مخرجات التخطيط
Strategies	الاستراتيجيات
Policies and Procedures	السياسات والإجراءات
SWOT Analysis	تحليل نقاط القوة والضعف والفرص المتاحة ومصادر التهديد

الفصل السابع

نظريات التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي للمنظمة الصحية

خصائص المنظمات الصحية

- 1 - تعدد الأهداف التي تسعى المنظمة الصحية لتحقيقها :- منها تقديم الخدمة بأفضل مستوى ومنها التعليمية والتدريبية والبحثية والوقائية. ولذلك ينبغي تحقيق التكامل بينها والتخفيف من حدة التعارض بينها.
- 2 - التقسيم الواسع للعمل وتنوع واختلاف التركيبة الاجتماعية للعناصر البشرية العاملة في المنظمة ، يتصف العمل في هذه المنظمات بدرجة عالية من التخصص والتمايز والاختلاف وهو مقسم بين عدد كبير من العناصر البشرية المختلفة في خلفياتها العلمية وخبراتها ومهاراتها ومواقفها .
- 3 - التداخل والاعتمادية بين الخدمات والأنشطة، ولذلك ينبغي التنسيق بين الأقسام التي تؤديها.
- 4 - الطبيعة الطارئة لعمل المنظمة الصحية ، حيث ان الطلب على الجزء الأكبر من خدمات المنظمات الصحية هو ذا طبيعة طارئة وغير قابل للتأجيل او التأخير او الانتظار ، وهذا يجعل من الصعب على المنظمة توقع حجم العمل ومزيج الحالات المرضية التي يمكن ان ترد اليها وذلك يعني :-
 - ✓ ضرورة التشغيل المستمر على مدار 24 ساعة ولسبعة أيام في الأسبوع .
 - ✓ تتطلب الطبيعة الطارئة للعمل جاهزية واستعداد مستمر .
 - ✓ إن الطبيعة الطارئة للعمل تدفع المدراء والمشرفين غالبا الى تبني أسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من أسلوب الإدارة بالأهداف .
 - ✓ إن المنظمة الصحية وكما هو الحال في التنظيمات الأخرى المشابهة والمنظمة والمعينة لتحريك واستخدام الموارد المتاحة لها بسرعة .
 - ✓ إن الطبيعة الطارئة للعمل تفسح المجال أمام بعض الأطباء لاستغلال الغموض المتضمن في العمل الطبي .
- 5 - المنظمة الصحية تنظم شبه بيروقراطي يرتكز التنظيم البيروقراطي على عدد من المبادئ التنظيمية الأساسية وهي :-
 - ✓ تقسيم العمل على أساس من التخصص الوظيفي.
 - ✓ سلسلة هرمية محددة للسلطة .
 - ✓ نظام محدد من اللوائح والتشريعات التي تحدد واجبات ومسؤوليات وحقوق العاملين في التنظيم.
 - ✓ نظام محدد من الإجراءات للتعامل مع ظروف العمل.
 - ✓ العلاقات غير الشخصية بين العاملين في التنظيم

ان المنظمة الصحية هي تنظيم رسمي يشبه الى حد كبير التنظيمات البيروقراطية وكغيره من التنظيمات الموجهة نحو تنفيذ المهام يعتمد الى حد كبير على سياسات وقواعد ولوائح رسمية وعلى خطوط رسمية للسلطة لضبط سلوكيات العاملين.ومن غير المحتمل ان تتمكن هذه المنظمات من التخلص من كل الخصائص البيروقراطية في المستقبل القريب .
- 6 - المنظمة الصحية تنظيم إنساني أكبر منه تنظيم آلة فأهم مدخلاته هو الإنسان -المرض والعاملين فيه- ومخرجاته الرئيسية هي رعاية المرضى تتألف من خدمات شخصية وفردية ويتم معظمها بواسطة الإنسان .
- 7 - مشكلة المهنة والاحتراف في المنظمات الصحية – يعرف فردسون المهني بأنه الشخص المؤهل علميا وعمليا في حقل المعرفة وكنتيجة لبرنامج طويل ومتخصص من التدريب الذهني والذي يلتزم باستعمال معرفته وعلمه ومهارات وفقا للمعايير المحددة من قبل أصحاب المهنة التي ينتمي لها- ص174
- 8 - غياب خط السلطة المنفرد ان غياب خط السلطة المنفرد في المنظمة الصحية هي خصوصية أخرى مميزة لها والتي ترتبط مباشرة بخصوصية المهنة والاحتراف. فسلطة في التنظيم لا تنبثق من مصدر واحد ولا تسلسل عبر خط واحد. وتخلق هذه الخاصية وبشكل دائم مشاكل إدارية وتشغيلية لإدارة المنظمة كما يلي :-
 - ✓ تزيد من صعوبة التنسيق الرسمي بين الدوائر والأقسام المختلفة في المنظمة لحقيقة تعدد مصادر السلطة فيها.
 - ✓ حدوث الارتباك والغموض في التنظيم لعدم وضوح وتدخل خطوط السلطة والمسؤولية والالتزام .
 - ✓ تسمح بظهور أوضاع يكون فيها عدد كبير من العناصر البشرية العاملة في التنظيم مسنونون ليس فقط أمام المسنول الرسمي لهم بل كذلك أمام الأطباء ويتلقون أوامر وتعليمات من هاتين الجهتين .
 - ✓ زيادة المشاكل والصعوبات المتعلقة بالاتصالات وقضايا المساءلة والانضباط والتأديب.
 - ✓ يزيد من صعوبة حل المشاكل التي تحتاج الى التعاون والجهود المشتركة بين الهيئة الطبية والهيئة الإدارية.
 - ✓ يتمتع المدير الصحي بسلطة أقل من نظرائه في مؤسسات الأعمال والصناعة .
- 9 - ظروف العمل غير العادية المتمثلة في قضايا الحياة والموت والصحة والمرض، الأمر الذي أوجد حالة من القلق والتوتر والترقب لدى طرفي الخدمة من مقدمين ومستفيدين.
- 10 - مشكلة قياس المخرجات النهائية للمنظمات الصحية حيث لا يوجد حتى الان معايير دقيقة يمكن معها قياس الرعاية الطبية المقدمة للمرضى وحصيلتها النهائية . أدى ذلك إلى عدم الاتفاق بين الخبراء حول كيفية القياس أو موضوعات القياس.

ملخص ادارة الخدمات الصحية

المنظمة الصحية ونظريات التنظيم

لا يوجد نظرية محددة حول الطريقة التي يمكن معها تنظيم وإدارة المنظمات المختلفة

أولا :- النظرية التقليدية

المفهوم: ركزت على التنظيم ككل وتعاملت مع القضايا الأكثر تعقيدا مثل تكوين الإدارات والأقسام وتحديد نطاق الإشراف وقضايا تفويض المسؤولية وتعتبر تصميم الهيكل التنظيمي إحدى الوظائف الإدارية.

المبادئ التقليدية للتنظيم : تقسيم العمل، التنسيق، وحدة الأمر، المساواة بين السلطة والمسئولية، محدودية نطاق الإشراف، تفويض المسائل الروتينية.

الصعوبات: إغفال الجانب الإنساني (الصراع، الاحتكاك، الضغوط،...).

ويعتبر العالم الألماني ماكس فيبر أحد أهم الذين طوروا النظرية التقليدية والذي تنسب إليه البيروقراطية كمفهوم تنظيمي . يقوم النموذج البيروقراطي على المرتكزات الأساسية التالية :-

- تقسيم العمل بالاستناد على التخصص الوظيفي للعمال حيث تقسم المهام والأنشطة الضرورية لإنجاز الأهداف بين العناصر العاملة .
- الترتيب الهرمي للمراكز الوظيفية أو هرمية السلطة وتسلسلها من أعلى إلى أسفل.
- نظام متناسق من القواعد واللوائح المحددة التي تغطي حقوق وواجبات ومسئوليات شاغلي المراكز الوظيفية .
- نظام محدد للإجراءات الواجب اتباعها عند تنفيذ الأعمال .
- العلاقة غير الشخصية بين العاملين في التنظيم وعدم السماح للعلاقات الشخصية والعواطف .
- اعتماد الكفاءة الفنية كأساس لتعيين وترقية العاملين في التنظيم .

هناك ثلاث وسائل أساسية يمكن للإدارة تحقيق التنسيق من خلالها وهي :-

- 1 - التنسيق من خلال الهرمية حيث يتم ربط الأنشطة المتعددة كما اسلفنا مع بعضها ووضعها تحت هرمية مركزية . وهذا النمط من التنسيق يمكن ان يفى بالغرض في المنظمات البسيطة والصغيرة الحجم ، اما في المنظمات الكبيرة - مثل التنظيمات الصحية - فان التنسيق الهرمي يصبح أكثر صعوبة .
- 2 - التنسيق من خلال النظام الإداري . حيث يقدم التنظيم الإداري وسيلة ثابتة لتنسيق الأنشطة ويقصد بالتنظيم الإداري هنا الإجراءات الرسمية التي تتبع لتنفيذ الأنشطة الروتينية .
- 3 - التنسيق التطوعي .

ثانيا :- النظرية الحديثة للتنظيم

تعرضت المبادئ الكلاسيكية للتنظيم في السنوات الأخير لبعض الانتقادات من جانب العلماء السلوكيين منهم هيربرت سايمون ويمكن تلخيص هذه الانتقادات بأن المدخل الكلاسيكي هو غاية في البساطة والميكانيكية مما يجعله غير كفؤ وغير ملائم للتعامل مع الجانب الإنساني . ان المنظمات الصحية هي منظمة وفقا للمبادئ الكلاسيكية للتنظيم حيث تعتمد في التنظيم على مستوى عال من تقسيم العمل

المفهوم: التنظيم القائم على الربط بين العاملين والمشاركة في اتخاذ القرارات وكسب التعاون والالتزام عن طريق تنظيم المشروع أو تنظيم المصفوف. تنظيم المشروع: تركيز الموارد لتحقيق هدف محدد في فترة زمنية محددة مستخدما الاتصالات الأفقية. إلا أنه يعاني من غموض الدور لدى العاملين. التنظيم المصفوف: ينتج عند تركيب تنظيم المشروع على الهيكل الهرمي على المنظمة الصحية. يوفر الاتصالات الأفقية والرأسية والمرونة اللازمة في التعامل مع المهنيين.

الصعوبات: البناء على المبادئ الكلاسيكية والتلاؤم مع احتياجات المنظمات الصحية والنماذج التنظيمية التي أفرزتها النظرية الحديثة.

تصميم الهيكل التنظيمي :-

يرتبط التنظيم بوظيفة التخطيط وترتكز على الأهداف التي تحددها المنظمة من خلال وظيفة التخطيط فيعد تحديد الأهداف يبدأ المدير في تصميم الهيكل التنظيمي .

الهدف من التنظيم هو تصميم الهيكل او تحديد الاطار الذي يربط كل العناصر البشرية والمادية المتاحة للتنظيم مع بعضها ومع اهداف المنظمة الهيكل التنظيمي: هو ربط العناصر البشرية والمادية في التنظيم مع بعضها على شكل وحدات تنظيمية يمكن إدارتها وتوجيهها نحو تحقيق أهداف المنظمة المرسومة .

الخصائص:

يمثل المرجع الرسمي الذي يعتمد عليه في العمل ونجاحه يتوقف على التناغم بين الموارد وتحقيق الأهداف

المبادئ الرئيسية التي تعتمد عليها نظرية التنظيم الرسمي :-

- مبدأ تقسيم العمل لضمان تحقيق كفاءة التشغيل .
- إن الهيكل التنظيمي هو الشبكة الرئيسية لتنظيم وإدارة الأنشطة المختلفة في التنظيم .
- محدودية نطاق الإشراف حيث يضع هذا المبدأ حدود عليها لعدد المرؤوسين الذين يستطيع المدير الإشراف عليهم بفعالية .
- سيادة مبدأ وحدة الأمر أي أن لكل مرؤوس رئيس واحد .
- أن تفويض السلطة هو دم الحياة للتنظيم .

مكونات العملية التنظيمية

1. تأسيس الهيكل التنظيمي.
2. تجميع الأنشطة المتشابهة في إدارات وأقسام.
3. تحديد المراكز الوظيفية وملئها بالموارد البشرية.
4. تحديد علاقات السلطة بين الإدارات والأقسام.
5. تفويض السلطة.

ملخص ادارة الخدمات الصحية

تكوين الدوائر (الإدارات)

- الخطوة الأولى لتأسيس الهيكل التنظيمي الرسمي للمنظمة ككل هي تكوين الدوائر والوحدات التنظيمية ، يعني تكوين الدوائر أي تجميع الأنشطة المتعددة ذات الطبيعة المتشابهة في وحدات إدارية مستقلة تسمى " دوائر " أو " أقسام " أو " خدمات " أو " وحدات " ان تجميع الأنشطة المتشابهة والمرتبطة مع بعضها يمكن أن يتم على أساس من المداخل المتعددة التالية :-
- 1 - حسب الوظيفة: تجميع أنشطة متشابهة في إدارة واحدة (مثل التمريض أو الغذاء). يمكن هذا المدخل من الاستفادة من التخصص واستثمار التخصصات النادرة وبسهولة وظيفة التنسيق. " **من أكثر المداخل شيوعا واستعمالا** " مزايا هذا الأسلوب:-
 - الاستفادة من مبدأ التخصص حيث يتم تجميع الوظائف التي ترتبط مع بعضها وتنفذ بواسطة نفس التخصصين .
 - يسهل هذا المدخل وظيفة التنسيق طالما أن هنالك مشرف او مدير واحد مسنول عن نوع واحد من النشاط .
 - استثمار التخصصات النادرة والتميزة او البارزة في التنظيم .
 - 2 - حسب الخدمة المنتجة: تكون الإدارة وفق الخدمة المنتجة (الجراحة أو الباطنية أو الأطفال...). إلا أن هذا المدخل يؤدي إلى الازدواجية وصعوبة التنسيق بين خدمات التمريض. ان هذه المساوي تجعل المدخل غير مناسب وغير عملي .
 - 3 - المدخل الجغرافي: يطبق في حالات المنظمات التي لها منشآت موزعة على مناطق جغرافية متباعدة.
 - 4 - حسب المرضى: يراعي هذا المدخل خصائص الافراد المستهلكين للخدمات الصحية كأساس لتكوين الدوائر مثل (مرضى العيادات الخارجية أو الداخلية أو الطوارئ...)
 - 5 - حسب العملية أو الجهاز: يتم تجميع الأنشطة حسب العملية المراد القيام بها أو الجهاز اللازم للقيام بعمل ما (الأشعة أو المختبر...).
 - 6 - حسب الوقت المحدد: تجميع الأنشطة على أساس الوقت المحدد (المنوبات أو الشفقات على مدار 24 ساعة).

لا بد للمنظمات الصحية من اللجوء الى استعمال أكثر من مدخل من المداخل السابقة عند تجميع الأنشطة وتكوين الدوائر وفي الممارسة نجد ان غالبية المنظمات الصحية لديها هيكل مركب يقوم على أكثر من مدخل في تكوين الدوائر .

العلاقة بين المستويات الإدارية ونطاق الإشراف

- هنالك علاقة عكسية بين نطاق الإشراف وعدد المستويات الإدارية في التنظيم فكلما اتسع نطاق الإشراف قل عدد المستويات الإدارية في التنظيم والعكس صحيح .
- والمشكلة التي تواجه المدير هنا هو هل يتوجه الى توسيع نطاق الإشراف ام نحو زيادة عدد المستويات الإدارية في التنظيم .
- ليس من السهل تحديد رقم معين لعدد المرؤوسين الذين يستطيع المرء الإشراف عليهم بفعالية و لاكن هناك حدود عليا لعدد هؤلاء المرؤوسين . يعتمد عدد المرؤوسين الذين يمكن للمدير الإشراف عليهم على عدد من العوامل :-
- 1 - مؤهلات المدير " تعليم المدير وخبرته وتدريبه " .
 - 2 - قدرات وطاقت المرؤوسين .
 - 3 - توافر الاختصاصيين والخبراء والمساعدين داخل التنظيم والذين يمكنهم تقديم العون والمساعدة والنصح للمدير .
 - 4 - أهمية الأنشطة التي ينفذها المرؤوسين وتنوع هذه الأنشطة فكلما كانت الأنشطة مهمة او تتغير باستمرار قل نشاط الاشراف .
 - 5 - ديناميكية وتعقد النشاطات .
 - 6 - الدرجة التي يمكن معها تطبيق وتبني أهداف ومعايير محددة للاداء وانجاز الأعمال .

علاقات السلطة داخل المنظمة الصحية

تعني السلطة حق المدير في اتخاذ القرار وحق التصرف وامتلاك السلطة وامتلاك السلطة هو الذي يجعل المدير مديرا بمعنى الكلمة وبدون هذه السلطة لا يمكن اعتبار المركز الإداري مركزا حقيقيا وهنالك ثلاثة أنواع من السلطة في المنظمة الصحية :-

- السلطة التنفيذية .
- السلطة الاستشارية .
- السلطة الوظيفية .

ان كثير من مشاكل التنسيق والاتصال في المنظمة تعود الى عدم وضوح وتحديد علاقات السلطة بين عناصر التنظيم .

اولا:- السلطة التنفيذية :-

تعريفها :- اتخاذ القرار او سلطة إعطاء الأوامر وتوجيه الآخرين ، والسلطة التنفيذية في التنظيم توضح السلسلة الرسمية للأمر " وهي تعني وجود رئيس ومرؤوس وخط للسلطة المباشرة بينهما ، وخط السلطة ينزل من قمة التنظيم الى أدنى مستوى أشرافي في التنظيم ، كما يؤكد خط السلطة ان كل رئيس يمارس سلطة أمر مباشرة على مرؤوسية وان كل رئيس يرتبط برئيس واحد ويتلقى الأوامر منه **وهو مبدأ وحدة الأمر** .

تسلسل السلطة التنفيذية في المنظمة الصحية

مجلس الإدارة

مدير المستشفى

مدير خدمات التمريض

مشرف التمريض

رئيسة الممرضات

قائد فريق التمريض

ممرضات ومساعدات

الهيكل التنظيمي الذي يقوم على خطوط مباشرة للسلطة وعلى مبدأ وحدة الامر لا يفي بكافة احتياجات التنظيمات الحديثة والمعقدة وخاصة المنظمات الصحية .

ثانيا:- السلطة الاستشارية :-

تقتصر غالبا على تقديم الاقتراحات والتوصيات والنصح لإدارة المنظمة في مجالات معينة ومجددة دون إلزام للمدير للأخذ بها . داخل كل دائرة استشارية هنالك خط للسلطة المباشرة التنفيذية يقوم على علاقة رئيس ومرؤوس كما في أي دائرة تنفيذية إلا أن هذه العلاقة لا تمتد خارج الدائرة .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

السلطة الاستشارية ليست أدنى مرتبه أو أقل أهمية من السلطة التنفيذية والعكس ولكنهما مختلفتان وكلاهما تحتاجه المنظمة ويكملان بعضهما .
السلطة الاستشارية ليس لديها الحق في إصدار الأوامر واتخاذ القرارات .

ثالثاً :- السلطة الوظيفية :-

تستند على المعرفة المتميزة والخبرة وتعطي الحق في إصدار الأوامر الخاصة بحقل خبرتها وتخصصها. إلا أنها قد تؤدي للازدواجية والتعارض مع مبدأ وحدة الأمر.
هناك نوع آخر من السلطة الوظيفية في المنظمة الصحية يمارسها بعض عناصر التنظيم دون أن تكون قد منحت من قبل مدير المنظمة .
ان ظاهرة ازدواجية السلطة في المنظمة الصحية وغياب مبدأ وحدة المر أحيانا قد يؤدي الى حدوث تضارب بين الجهاز الإداري والجهاز الطبي في المنظمة وقد يفسر أحيانا بتدخل كل منهما في مسؤوليات الآخر.
لابد للمنظمات الصحية من الاعتماد الى حد كبير على التنسيق التطوعي .

تفويض السلطة

تفويض السلطة هو الذي يخلق التنظيم ويثبت روح الحياة فيه ، وتفويض السلطة لا يعني أن المدير يتنازل عن كل سلطاته لمروسيه ، فالمدير المفوض للسلطة يحتفظ دائما بالسلطة الكلية للقيام بمسؤولياته .
يتم توزيع لسلطة على التنظيم كله من خلال عملية التفويض وهي تسري من أعلى الهرم الإداري الى اسفل الهرم .

عملية تفويض السلطة

تتكون من ثلاث مكونات متصل ومتراطة مع بعضها غير قابلة للفصل ولا بد من توفرها جميعا:-
- تحديد الواجبات الوظيفية . - منح السلطة . - قبول المسؤولية .ص

205-204-203-202-201-200-199

By Function	حسب الوظيفة
Line Authority	السلطة التنفيذية
Staff Authority	السلطة الإستشارية
Authority Functional	السلطة الوظيفية

الفصل الثامن

الرقابة في المنظمات الصحية

الحاجة دائما للرقابة كعملية من عمليات الإدارة .
إذا لم يمارس المدراء العملية الرقابية فلن يكون بمقدورهم التحقق من أن الأنشطة والعمليات في التنظيم يجري تنفيذها وفقا لاهداف المحددة .

مفهوم الرقابة :-

الرقابة في التنظيم تعمل كجهاز أذار مبكر والإشارة الى أية أخطاء أو خلل في التشغيل بحيث يتمكن متخذ القرار من التدخل وتوجيه سير الأنشطة والتحكم بها .
كما تعرف الرقابة بعملية مقارنة النتائج الفعلية "الإنجازات" مع النتائج المخططة "الأهداف" واتخاذ الإجراء التصحيحي اللازم في حالة الانحراف اذا كان مطلوباً وممكناً .

أهمية الرقابة في منظمات الرعاية الصحية :-

- 1 - الطبيعة غير المرنة للطلب على معظم خدمات الرعاية الصحية وصعوبة خضوعها لقانون العرض والطلب.
- 2 - تعتمد منظمات الرعاية الصحية الحديثة في تقديم خدماتها على إمكانيات بشرية هائلة من حيث الحجم والتخصص وارتفاع التكلفة.
- 3 - التنبؤ المستمر للتقنية الطبية الحديثة العالية التكلفة أدى إلى اتساع وتنوع مدى الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية.
- 4 - الخطأ أو الخلل أو التأخير في تقديم الخدمات الصحية يؤدي إلى نتائج سلبية وعواقب أو مضاعفات خطيرة على صحة الفرد لا يمكن اصلاحها.

عناصر العملية الرقابية:-

1. وضع معايير (مقاييس نوعية وكمية) محددة للإنجازات.
2. قياس الإنجازات الفعلية لكل نشاط من الأنشطة ومقارنتها مع المعايير الرقابية عن طريق الملاحظة الشخصية والاشراف المباشر والتقارير.
3. تشخيص وتحليل أسباب الانحرافات السلبية والإيجابية وتأثيرها على مستويات الخدمة.
4. اتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة ومنها إعادة النظر في المعايير أو زيادة جرعات التدريب أو تغيير أسلوب الإدارة.

متطلبات النظام الفعال للرقابة :-

1. مراعاة أهمية المدخلات والأنشطة والمخرجات التي ستتم مراقبتها والمقصود بذلك هو مدى أهمية وأولوية النشاط الذي سنراقبه .
2. أن لا تكلف العملية الرقابية أعلى من مردودها الاقتصادي.
3. أن تمارس العملية الرقابية في وقتها المناسب لتدقق المعلومات واكتشاف الأخطاء وإجراء التصحيحات.
4. أن يكون النظام الرقابي قادر على التوقع للانحرافات المحتملة مستقبلا قبل حدوثها! " ذو نظرة مستقبلية " .
5. أن يكون النظام الرقابي مفهوماً وبسيطاً ليتناسب مع قدرات العاملين الذين يستخدمونه.
6. أن يذكر النظام الرقابي جميع الإجراءات التصحيحية الواجب اتباعها عند الانحرافات.
7. أن يكون النظام الرقابي مرناً قادراً على إحداث التعديلات والتغييرات لمواجهة المستجدات.
8. أن يحتوي النظام الرقابي الاستثناءات أو الحالات الهامة وذات الطبيعة الحساسة من المنجزات.

ملخص ادارة الخدمات الصحية

- مجالات الرقابة في المنظمات الصحية:-
- تركز عملية الرقابة في المنظمة الصحية على ثلاثة مجالات رئيسية وهي :-
- 1 - رقابة المدخلات: تحتل رقابة المدخلات في المنظمة الصحية قدرا كبيرا من الهمة يفوق أهمية رقابة المدخلات في أي تنظيم خارج قطاع الخدمات الصحية ، ولتأكد من و جودة فئات القوى البشرية وعلى الأدوية والمستلزمات وعلى المنشآت والتجهيزات، وذلك عن طريق جهات خارجية متخصصة.
 - 2 - رقابة الأنشطة: على تصميم الهيكل التنظيمي و التنفيذ والتشغيل والاستخدام الفعلي للمدخلات والمحافظة على العاملين وتحفيزهم وقيادتهم.
 - 3 - رقابة المخرجات: التأكد من أن جميع الأهداف من رئيسة وفرعية تحقق كما وكيفا.

طرق وأساليب الرقابة:-

التفتيش: يتولى فحص سلامة الأنشطة وعمليات التشغيل. قد يكون دوري أو يومي، ويتبعه تقارير مكتوبة.

الإشراف والملاحظة الشخصية: يقوم به المدراء مباشرة على العاملين. توفر المعلومات وتحدد نقاط القوة والضعف عند العاملين لإجراء التصحيح اللازم.

تقارير سير الأنشطة وقياس الإنجازات: تقوم الإنجازات وتمكن من اتخاذ الإجراء اللازم. وقد تكون يومية أو أسبوعية أو شهرية وتعد من قبل رؤساء الأقسام.

نماذج الاستقصاء وتقييم الخدمات: للتعرف على آراء وملاحظات المستفيدين من الخدمة. توفر معلومات مهمة لتحسين الخدمة

الموازنات التقديرية: وهي عبارة عن مقاييس موضوعة مسبقا تقارن الإنجازات الفعلية وبقائها عن طريق ممارسة الرقابة (الموازنة التشغيلية والموازنة الرأسمالية...).

هذا الأسلوب يحدد الانحرافات. **وهي الأكثر شيوعا.**

تحليل النسب: مقارنة النتائج المبنية على مقاييس عبر سلسلة زمنية لمعرفة التطور أو التراجع والأسباب (نسبة أشغال أسرة ومعدل إقامة المرضى ونسبة العاملين لكل سرير...).

البرمجة الشبكية: عبارة عن أساليب للتخطيط والبرمجة والرقابة.

أمثلة:

الأول: أسلوب تقييم ومراجعة الإنجازات ويقوم على النتائج المتسلسل للأنشطة وتقدير الأزمنة الثلاثة اللازمة لاكمال كل نشاط (متفائل ومتشائم وأكثر احتمالا)، والثاني: أسلوب المسار الحرج ويركز على الأنشطة والتسلسل الزمني المنطقي لها وليس الأكثر احتمالا مع تحديد الأنشطة التي تؤخر المشروع وبالتالي تخصيص الموارد اللازمة لاستكمال الأنشطة.

رقابة جودة الرعاية الطبية :-

مفهوم الجودة :-

الجودة تعني للمريض :- معاملته باحترام واهتمام وتعاطف وتفهم من قبل كافة العناصر البشرية التي يحتك ويتصل بها بشكل مباشر او غير مباشر أثناء تواجده وإقامته في المستشفى .

وتعني للأطباء :- توفير أعلى مستوى من المعارف والمهارات الطبية والمعدات والأجهزة لرعاية المرضى .

وتعني للإدارة :- توفير أفضل العناصر البشرية والمادية اللازمة لتقديم الخدمة وقيام الأطباء ومزودي هذه الخدمات بالتقييم المستمر لخدماتهم وتدريب وتعليم العناصر البشرية العاملة في المنظمة لضمان التحسن المستمر لهذه الخدمات .

رغم المفاهيم المختلفة للجودة يجمع المختصين والمهتمين بهذا الموضوع على أن الرعاية الطبية الجيدة وقياسها وتقييمها يتضمن مفهومين أساسيين هما جودة الرعاية الفنية وجودة فن الرعاية .

قد عرف دونا بيدين الرعاية الطبية الجيدة بأنها تركز على عدد من المبادئ والموصفات كما يلي :-

- 1 - الرعاية الطبية الجيدة هي التي تقتصر على ممارسة الطب العقلاني المبني على العلوم الطبية .
 - 2 - الرعاية الطبية الجيدة التعاون الواعي والمتفهم بين الأفراد والأطباء .
 - 3 - الرعاية الطبية الجيدة هي التي تركز على الجوانب الوقائية .
 - 4 - الرعاية الطبية الجيدة هي التي تتعامل مع المريض ككل وليس كنظام بيولوجي فقط .
 - 5 - الرعاية الطبية الجيدة هي التي تحافظ على علاقات شخصية مستمرة ومباشرة بين الطبيب المعالج والمريض.
 - 6 - الرعاية الطبية الجيدة هي التي يتم تنسيقها مع الخدمات الاجتماعية الأخرى .
 - 7 - الرعاية الطبية الجيدة هي التي تنسق كافة أنواع الخدمات الطبية بمستوياتها المختلفة .
 - 8 - الرعاية الطبية الجيدة هي التي تتضمن تطبيق واستعمال كافة الخدمات الضرورية للطب الحديث .
- وحقيقة الأمر ان الرعاية الطبية تشمل جميع ماسبق

رقابة جودة خدمات الأطباء:

تهدف إلى معرفة مدى التطابق مع معايير جودة مبنية على أسس علمية أو مهنية مقبولة ومعترف بها (التدقيق الطبي ومراجعة الزملاء وبرنامج الجودة النوعية ومراجعة الاستخدام...). ويستخدم هذا النوع من الرقابة الدراسة الاسترجاعية.

تركيزها: على تقييم المؤهلات والخبرات والوسائل الوقائية (ضبط العدوى...) والتدقيق الطبي الاسترجاعي ومراجعة الاستخدام وتصميم برامج التعليم والتدريب.

متطلباتها: الموضوعية وثبات الهدف، توفر الوقت المناسب، التوثيق والتدوين، الخضوع للمعايير الاكلينيكية، المرونة، تؤدي إلى اتخاذ إجراء تصحيحي.

رقابة جودة خدمات التمريض:

تعتمد على أساليب التقييم غير الرسمية" وهي الاكثر شيوعا" مثل ملاحظات وتقييم الأطباء (إعطاء الأدوية للمريض واتباع تعليمات الأطباء...)

وآراء وردود أفعال المرضى (طريقة التعامل والرد على الاستفسارات...)، وأساليب التقييم الرسمية مثل تدقيق ملفات المرضى والتقارير اليومية التي

ملخص ادارة الخدمات الصحية

تكشف الانحرافات أو أخطاء.

- معاييرها الهيكلية:- تعتمد الجمعية الامريكية لاعتماد المستشفيات معايير هيكلية عامة – وهي
- 1- وجود إدارة متخصصة للتدريب تشرف عليها مرضة قانونية،
 - 2- وجود خريطة تنظيمية ودليل تنظيمي،
 - 3- وجود سياسات وإجراءات مكتوبة،
 - 4- وجود دليل لتنفيذ خطط معالجة المرضى،
 - 5- الاستمرارية في التعليم والتدريب.

رقابة جودة الخدمات الأخرى:

عن طريق قياس وتقويم المدخلات (الموارد البشرية والمادية والمالية...)
وعن طريق قياس وتقويم العمليات (كفاءة التنظيم والاجراءات المكتوبة ومستويات التوظيف وبرمجة العاملين...)
وعن طريق قياس وتقويم المخرجات (انتظام المواعيد والنظافة وجودة الوجبات الغذائية...).

الرقابة	Control	البرمجة الشبكية	Programming Network
مدى الخدمات	Scope of Services	أسلوب تقييم ومراجعة الانجازات	PERT
معايير الرقابة	Control Criteria	أسلوب المسار الحرج	CPM
عناصر الرقابة	Control Elements	التدقيق الطبي	Medical Audit
العملية الرقابية	Control Process	مراجعة الزملاء	Peer Review
النظام الرقابي الفعال	Effective Control System	برنامج الجودة النوعية	Quality Assurance Program
مراجعة الاستخدام	Utilization Review	التحكم بالعدوى	Infection Control
التدقيق الطبي الاسترجاعي	Audit Retrospective Medical	اللجنة الطبية	Medical Committee
البرمجة الشبكية	Programming Network	لجنة الصيدلة والعقاقير	Pharmacy and Drug Committee
أسلوب تقييم ومراجعة الانجازات	PERT		

الفصل التاسع

تحفيز العاملين في المنظمات الصحية

التحفيز اصل الكلمة لاتيني Movere ال بالتحريك وبذلك لا يمكن رؤية التحفيز في عالم الواقع ولكننا فقط نستطيع افتراض وجوده من عدمه من ملاحظة سلوك الفرد .

حاجات العاملين :- يمكن تحديد الحاجات العامة للأفراد كما يلي :-
الأجر او الراتب، الأمن الوظيفي، الصداقة والزمالة، الاعتراف بالأداء الجيد، عمل ذو قيمة، التقدم والرقي، بيئة عمل مريحة، قيادة عادلة وكفوءة، أهداف عمل ومهام معقولة وقابلة للتنفيذ ودقيقة وواضحة " بحيث تكون من متطلبات العمل و مقبولة وقابلة للتنفيذ كاملة بدون تفصيل ممل واضحة ودقيقة تشجيع المرؤوسين " ، مؤسسة ذات سمعة جيدة.

مغالطات شائعة في التحفيز " أخطاء التحفيز " :-

هنالك مغالطات عديدة شائعة يعتقد الكثير من المدراء صحتها من أهمها :-

- 1 - أن العامل المحفز أكثر إنتاجا :- لايد من التمييز بين الحفز والأداء .
- 2 - يوجد الحفز عند البعض ولا يوجد عند البعض الآخر (يعبر الحافز عن الربط بين الحالة والبيئة التي يعمل بها الشخص ، الحافز والسلوك ينتجان عن عدة تفاعلات ما بين عوامل متعددة شخصية وبيئية).
- 3 - يمكن حفز الناس على نطاق واسع (عند التعامل عم الأشخاص فإنه يجب أن نأخذ بعين الاعتبار عوامل الاختلاف مابين الأشخاص وكذلك اختلافات المواقف والظروف التي يمكن تحديدها فيما يلي :-
- الموقع الوظيفي او عمل الموظف :- اهم ما يميز الخدمات الصحية هو تعدد الوظائف المهنية ونوعها وتعدد الاختصاصات من الوظائف البسيطة الى الوظائف الكبيرة والمعقدة . ولذا يجب على الاداري ان يعلم ان عملية التحفيز هنا تختلف حسب نوع الوظيفة .
- مرحلة التقدم الوظيفي :- هي مراحل جوهرية في عملية التحفيز الإنساني
- العوامل الشخصية :- العوامل الشخصية لا تقل اهمية عن مراحل التقدم المهني والعوامل الشخصية تؤثر على التحفيز .

4 - النقود هي عجلة الحياة (التركيز على التحفيز المادي وإهمال غير المادي).

ان جملة هذه المغالطات في مجال تحفيز العاملين تحتم على المدراء الصحيين القيام بتقويم الحفز عند العاملين بشكل دوري وبمنهج علمي نظرا لتغير تحفيز العاملين بتغير الوقت والظروف والأشخاص ، وطبيعة العمل .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

نظريات التحفيز:-

المجموعة الأولى: نظريات المحتوى في الحفز:- وركزت على محركات السلوك الانساني (اشباع الحاجات الانسانية).
المجموعة الثانية: نظريات العمليات في الحفز:- وركزت على التحفيز كعملية لبيان كيفية تحريك السلوك الانساني (التفضيلات الفردية والمكافآت المتاحة لدى المنظمات والنتائج المحتملة للقيام بالعمل المطلوب).

أولاً:- نظريات المحتوى :-

تركز هذه النظرية على الإجابة على سؤال أساسي هو ما الذي يحفز الفرد ؟
حيث تركز هذه النظريات على الحاجات الإنسانية والنقص في إشباعها كمحركات لسلوك الفرد في سعيه لإشباع ما يرغب به من حاجات حيث تشير هذه النظريات أن لدى الأفراد العديد من الحاجات والتي تختلف غي أهميتها وقوتها وهذه الحاجات تخلق حالة من عدم التوازن .

1- نظرية هرمية الحاجات لماسلو (ركز على الحاجات):

تعتبر هذه النظرية من اكثر النظريات شيوعا حيث تقول هذه النظرية ان الفرد في سعيه للتقدم وتحسين نوعيه حياته يحاول إشباع حاجاته بشكل مستمر فعندما يشبع حاجة ينتقل للأخر وهذه الحاجات هي :-

- الحاجات الفسيولوجية:- مثل الغذاء والماء والهواء (من خلال الأجرور وبينه العمل...).
- حاجات الأمن والسلامة:- مثل العيش في أمان في المجتمع وبينه العمل (من خلال الضمان الاجتماعي والصحي وبرامج السلامة...).
- حاجات الانتماء الاجتماعي:- مثل الاحساس بالموودة والعطف والقبول الاجتماعي (من خلال ايجاد روح الفريق في بيئة العمل...).
- حاجات احترام الذات:- مثل الاحساس باحترام الفرد لذاته واحترام الآخرين له من خلال المركز الوظيفي والمسميات الوظيفية وأعمال تناسب قدرات العاملين
- حاجات تحقيق الذات:- مثل الاحساس بالنمو والتطوير الذاتي (من خلال المشاركة في اتخاذ القرارات واكتساب المعارف...).

المشكلة التي نواجهها عند محاولتنا الربط بين نظريات ماسلو في التحفيز وعالم العمل في الواقع هي حقيقة أن الكثير من العاملين لا يتوقعون تحقيق احتياجاتهم من المستوى الاعلى ، وكثير من الأفراد ينظر للعمل كشر لا بد منه وبالتالي يقوم بالحد الأدنى ، والبعض الآخر يعمل فقط كوسيلة للحصول على الطعام والمأوى .
إذا نظريا ماسلو لا تستطيع تقديم كافة الأجوبة التي يحتاجها المدراء ولكنها ذات قيمة كبيرة كنقطة بداية .

2- نظرية العاملين (ركزت على عوامل العمل وعوامل البيئة):

هي التي لها قيمة كبيرة والتي طورها هيرتز بيرج فبدلا من تفحص الاحتياجات نظر الى العوامل التي يتألف منها العمل وتلك التي تحيط بالعمل "البيئة" واستنتج بان المحفزات الحقيقية هي موجودة في العمل وأن عوامل الصحة التي تتألف منها البيئة المحيطة بالعمل ليست محفزات بل مشبطات يتولد عنها عدم الرضا عند عدم ملامتها .
حسب هذه النظرية لا بد للمدراء من التركيز على الوظائف ومحتواها كأساس للتحفيز وان ينظر الى سلم الأجرور والمزايا الأخرى .

عوامل العمل المرتبطة بعمل الفرد " المحفزات ":-

- أ - فرص التعليم والحصول على معرفة جيدة .
- ب - الإنجاز وإثبات القدرات والمهارات.
- ت - القيام بعمل مهم يشكل تحديد حقيقي لقدراته وإمكانياته .
- ث - تحمل المسؤولية.
- ج - المشاركة بتحديد كيفية أداء العمل

العوامل البيئية وهي تتواجد في كافة نواح علاقة الموظف مع المنظمة وبيئة العمل وهي لا تحفز بالضرورة عندما تكون مقبولة او جيدة أما اذا كانت غير مقبولة فيمكن ان تؤدي الى عدم الرضا عند العاملين **وهذه العوامل هي :-**

- أ - الاتصال :- ويشمل النقاط التالية :-
 - المعرفة بأنشطة واتجاهات وخطط التنظيم . - معرفة الفرد بمدى إنجازه .
 - السرية في تعامل اقدارة مع الفرد "الدبلوماسية والحرص في تأديب الموظف وتوفير قدر من الخصوصية له".
- ب - إمكانية النمو:- وتشمل :-
 - فرض التقدم والترقي في المنظمة .
 - ت - سياسات الأفراد حيث لا بد بهذه السياسات من مراعاة ما يلي :-
 - تلبية احتياجات الفرد بشكل معقول . - الشعور بالأمان في العمل . - احترام معتقدات الموظف .
 - ولاء المؤسسة للموظف . - معاملة عادلة ومتوازنة نسبة الى الموظفين الآخرين .
 - ث - إدارة الأجرور والرواتب .
 - ج - ظروف العمل :- وتشمل توفير ظروف العمل العادية نسبة إلى ما هو متوقع أو مرغوب :-
 - دور المدير في التحفيز :- للمدير تأثير على كلا العوامل المحفزة والعوامل البيئية ويعتمد على طبيعة العمل . والتاثير المحتمل للمدير على العوامل البيئية المحيطة بالعمل هي :-
- ✓الاتصال :- المدير هو حلقة الاتصال الرئيسية مع كل العاملين وبكل المستويات .
- ✓إمكانية النمو :- للمدير هنا دور محدود في مجال إمكانية النمو فالمدير لا يستطيع خلق الفرص غير الموجودة أصلا بسبب عدم وجود شواغل للترقية او محدودية السلم الوظيفي .
- ✓سياسة الأفراد :- هنا محدود او كبير إلا ان للمدير دور كبير في التطبيق العادل لهذه السياسات .
- ✓إدارة الرواتب والأجرور :- دور لمدير في تقديم سلم الأجرور محدود للغاية .
- ✓ظروف العمل للمدير دور كبير في تهيئة الظروف المناسبة للعمل .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

3-نظرية الحاجات الثلاث :-

1. حاجات لضمان الوجود وتغطي الحاجات الفسيولوجية والأمنية.
2. حاجات الانتماء وتغطي الحاجات الاجتماعية.
3. حاجات النمو وتغطي احترام وتحقيق الذات.

4-نظرية تعلم الحاجات:

تركز على أهم الحاجات الإنسانية دون الترتيب الهرمي لها وتغطي الحاجة للإنجاز والحاجة للسلطة والنفوذ والحاجة للانتماء.

النقطة الهامة التي يجب على المدير ان ينتبه لها عند التفكير في تحفيز العاملين هي ضرورة الموازنة بين طبيعة العمل المسند للفرد وحاجة الفرد نفسه

ثانيا :- نظريات العملية

- تركز نظرية العملية والتي تعرف أيضا بنظريات المعرفة على كيفية تحديد الأفراد لخياراتهم للقيام بأقصى جهد أو غير ذلك وتشمل :-
- 1 - نظرية العدالة: طورها ستاسي آدم تنص على أن الشعور بعدم العدالة لدى الفرد عبارة عن حالة محفزة له، هذا الشعور (الإدراك السلبي) يتولد لدى الأفراد عادة في تخصيص المكافآت المادية. وللتعامل مع الشعور بعدم العدالة يلجأ الفرد إلى التغيير في:
 - ❖ تغيير مدخلات العمل بتقليل الجهد المبذول في العمل .
 - ❖ تغيير المكافآت التي تلقاها بطلب مكافآت أكبر أو تعديل المكافأة .
 - ❖ تغير أوجه المقارنة مع الآخرين بحيث تبدو المكافأة مقبولة .
 - ❖ تغيير الوضع أو الموافف عن طريق النقل الى عمل آخر أو موقع آخر أو عن طريق ترك العمل والاستقالة .
 - 2 - نظرية التوقع :- طورها فيكتور فيروم و تركز على الذي يحدد استعداد ورغبة الفرد للعمل بأقصى طاقة وأداء المهام التي تتطلب منه، وأن الأفراد يقومون بما يمكنهم أن يقوموا به إذا أرادوا ذلك. وأن التحفيز يقوم على ثلاثة عوامل:
 1. التوقع وهو العلاقة المتوقعة بين الجهد والأداء (بذل الجهد يؤدي إلى الأداء المرغوب فيه).
 2. الوسيلة وهي العلاقة المتوقعة بين الأداء والنتيجة (أن تحقيق الأداء المطلوب سيتبعه منح المكافآت).
 3. التكافؤ وهو العلاقة بين قيمة المكافأة المحتملة ونتائج أخرى محتملة لتحقيق الانجاز المطلوب (القيمة التي يضعها الفرد للمكافأة المحتملة والنتائج الأخرى التي يمكن أن يحصل عليها كنتيجة لتحقيق الإنجاز المطلوب).قوة التحفيز = التوقع*الوسيلة*التكافؤ

- 3 - نظرية وضع الأهداف: وضعها أديون لوك تركز على وضع أهداف واضحة ومرغوبة للعاملين كأفراد ومجموعات، وتفترض النظرية أن الأهداف تحفز لو وضعت بشكل صحيح، حيث أنها توجه الجهود وتوضح المهام وتشكل الإطار المرجعي للتقويم وتعتبر الأساس للإدارة الذاتية. وشروط وضع الأهداف هي:
 1. التحديد والدقة والابتعاد عن العمومية.
 2. الواقعية والقابلية للإنجاز.
 3. قبول الأفراد لها والالتزام بها.
 4. وضعها في قائمة أولويات.
 5. التوافق بينها وبين المكافأة والإنجاز.إذا ينبغي على المدراء مشاركة العاملين في وضع الأهداف.
- 4 - نظرية التعزيز: تنص على أن السلوك الإنساني يتحدد بناءً على النتائج التي تترتب على السلوك في السياق البيئي للسلوك، أي انها تركز على البيئة الخارجية وأثرها على سلوك الفرد. ومكوناتها ثلاثة هي:
 - ❖ المثبر الذي يستثير الاستجابة السلوكية (وضع أو متغير...).
 - ❖ الاستجابة التي تعبر عن ردة الفعل للمثبر (القيام بسلوك معين...).
 - ❖ النتيجة وتتبع الاستجابة (قد تغير من احتمالية تكرار الاستجابة...).

استراتيجيات التعزيز:

1. الإيجابي الذي يزيد من احتمالية تكرار الاستجابة بجعل النتيجة المرغوبة كالمكافأة مرتبطة بالسلوك السلبي.
2. السلبي الذي يؤدي إلى إيقاف أو إلغاء المكافأة أو العقاب لزيادة احتمالية تكرار السلوك المرغوب فيه.
3. العقاب ويقلل من احتمالية الاستجابة أو السلوك السلبي.
4. الإطفاء ويشير إلى عدم التدخل لتثبيط سلوك غير مرغوب فيه وذلك للرغبة لتلاشي.

نظريات التحفيز والمهنيون الصحيون :-

يركز تحفيز المهنيين الصحيين على التالي:

1. النمو داخل التنظيم الذي يركز على المهنة ذاتها لكي تكون مجزية ماديا.
2. الحاجة القوية للإنجاز.
3. الولاء للمهنة أكثر من الولاء للمنظمة.
4. حب العمل لذاته وليس لنتائجه.
5. الاستقرار من خلال المهنة أكثر من الوظيفة.
6. اشباع الحاجات النفسية بالتركيز على الانجاز.

أفضل الطرق لتحفيز المهنيين هو ممارسة الأسلوب الجماعي والمشاركة في تحسين طرق العمل والإدارة بالأهداف والإثراء الوظيفي

ملخص ادارة الخدمات الصحية

العوامل المؤثرة في دوران العمل

- عدم توفر الرضى الوظيفي . - عدم توفر العمل المناسب لمعارفهم ومهاراتهم .
- عدم الرضى عن أسلوب الإشراف . - عدم الرضى عن سمعة التنظيم .
- عدم الانسجام بين مجموعة العمل . - الرواتب غير المناسبة " غياب عدالة الأجور ، الاجر القليل هو مثبط "

Two-Factor Theory	نظرية العاملين	Motivation Theories	نظريات التحفيز
Existence Needs	حاجات لضمان الوجود	Content Theories	نظريات المحتوى
Relatedness Needs	حاجات الانتماء	Process Theories	نظريات العملية
Goal-Setting Theory	نظرية وضع الأهداف	Growth Needs	حاجات النمو
Theory Reinforcement	نظرية التعزيز	Equity Theory	نظرية العدالة
Stimulus	المثير	Expectancy Theory	نظرية التوقع
Operant Conditioning	التكيف الفعال	Law of Effect	قانون الأثر

الفصل العاشر

القيادة في المنظمة الصحية

طبيعة القيادة :-

القيادة :-

- ❖ عرفها نوتز ودونل بفن أو عملية التأثير على الآخرين من اجل بذل جهودهم برغبة واقتناع لتحقيق أهداف الجماعة .
- ❖ وعرفها هوجتز ودورثي بعملية التأثير على الآخرين لتحقيق أهداف محددة .
- ❖ كما عرفها جولمبوسكي بالتأثير على الآخرين في الوقت والموقف المحددين للسعي برغبة لتحقيق الأهداف التنظيمية .
- ❖ ووصفها فيدلر وشيمرز بعلاقات السلطة والتأثير غير المتكافئة والتي يقبل معها الحق الشرعي للقائد في اتخاذ القرارات .

يلاحظ من التعريفات السابقة وجود عناصر مشتركة وهي وجود جماعة وأهداف وتأثير وقبول وإنجاز وبذلك يمكننا تعريف القيادة بعملية تتضمن تحديد الأهداف المراد تحقيقها والتأثير على جهود الآخرين وتوجيهها وذلك بإتباع الأسلوب القيادي الملائم لإنجاز الأهداف المحددة .

أسلوب القيادة :- هو النمط السلوكي الذي يتبعه القائد لضمان التكامل بين حاجات مرؤوسيه وحاجات التنظيم ، وهذا يعني أن هنالك نمطا سلوكيا معياريا وثابتا يمكن للقائد اتباعه لضمان نجاحه .

مصادر القوة القيادة وتأثيرها :-

أولا : السلطة الرسمية: ومن مظاهرها

- 1 - قوة المكافأة المادية أو المعنوية:- هذه القوة مصدرها توقعات الفرد من أن قيامه بعمله بالوجه المطلوب وإطاعته لرئيسه سيعود عليه بمكافأة مادية او معنوية من قبل الرئيس .
- 2 - قوة الإكراه ومصدرها الخوف من أن التقصير أو عدم الطاعة يترتب عليه عقاب .
- 3 - قوة القانون ومصدرها المركز الرسمي في التنظيم .

ثانيا : سلطة التأثير: وهي مرتبطة بالشخص نفسه وليس بالمنصب ومن مظاهرها:-

- 1 - القوة الفنية "التخصص" :- مصدرها الخبرة او المهارة او المعرفة التي يمتلكها الفرد ويتميز بها عن غيره من الأفراد .
- 2 - قوة الإعجاب :- يحصل عليها الفرد عادة نتيجة إعجاب تابعيه ببعض صفاته الشخصية بحيث تربطهم وتشدهم إليه .

أساليب القيادة :-

هناك أربعة أساليب للقيادة يستعملها القادة الإداريون لقيادة مرؤوسيهم :-

- 1 - القيادة الدكتاتورية :- يتميز القائد الديكتاتوري بمركزية السلطة المطلقة ويقوم بإنجاز أعماله من خلال التهديد والإجبار واستعمال مبدأ الخوف وهو دائما يهدد بالثواب والعقاب لمرؤوسيه وخوفا من العقاب يسلك المرؤوسون سلوكا معيناً لإرضاء ذلك القائد .
- 2 - القيادة الأوتوقراطية :- يشبه القائد الديكتاتوري من حيث مركزية السلطة وعدم فسح المجال أمام المرؤوسين في المشاركة بعملية القيادة ، ويمكن وصف القائد الأوتوقراطي بالنشاط والفعالية ويعمل بجد ونشاط وبالرغم من مركزية السلطة لديه إلا أنه ليس متسلطا على مرؤوسيه كالقائد الديكتاتوري بل فعال في أفتاح مرؤوسيه بما يرد منهم ان يعملوه .
- 3 - القيادة الديمقراطية :- عكس القيادة الدكتاتورية والأقراطية حيث يهدف الى خلق نوع من المسؤولية لدي المرؤوسين ومحاولة مشاركتهم في اتخاذ القرارات . تسمح بالمشاركة والرأي وتؤدي إلى رفع الروح المعنوية وزيادة الولاء والالتزام . هذا الأسلوب أكثر الأساليب فعالية والقادة في المستقبل يجب ان يستعملوا هذا الأسلوب بشكل أوسع ، ولكي يستطيع القائد مواكبة هذه التطورات عليه أن يستعين بمرؤوسيه لتسهيل عملية الإلمام بهذه المعرفة وذلك لزيادة الابتكار والإبداع فيها .
- 4 - قيادة عدم التدخل :- يترك هذا النوع من القيادة حركة كاملة للمرؤوسين في تحديد أهدافهم واتخاذ القرارات المتعلقة بذلك ولقائد هنا لا يمارس القيادة السلمية والفعالة للمرؤوسين لأنه ينقصه الحماس والحوافز لعمل ذلك وبذلك فإن تأثيره على سلوك الأفراد محدودة . وهذا النوع من القيادة ينجح عندما يتعامل القائد مع أفراد ذوي مستويات عقلية وعلمية عالية كما في مؤسسات الأبحاث والدراسات

ملخص ادارة الخدمات الصحية

نظريات القيادة :- هناك العديد من نظريات القيادة أهمها ما يلي :-

أولا :- نظرية السمات:-

تقوم على أساس أن بعض الأفراد يصبحون قادة لأنهم ولدوا وهم يحملون صفات القيادة أي أن القائد بمفهوم هذه النظرية " يولد ولا يُصنع " القائد يولد ولديه صفات القائد مثل الذكاء والثقة بالنفس وتحمل المسؤولية والاستقلالية والمثابرة والمعرفة والرؤية الصحيحة والمصادقية والمشاركة الاجتماعية وهو يتفوق على الآخرين في هذه الصفات. الانتقادات الموجهة لهذه النظرية فهذه النظرية ركزت على القائد دون المرؤوسين ونتائجها غير قابلة التعميم ولم تقدم قائمة بالصفات القيادية التي يمكن الاعتماد عليها باستمرار.

ثانيا :- نظريات سلوك القائد :-

تركز على سلوك القائد عند أدائه وظائفه الإدارية وتنقسم إلى قسمين، الأول يركز على العلاقة بين الإدارة العليا والمنظمة ككل، والثاني بينها والبيئة الخارجية. ومن أهم هذه النظريات التالي:

أ نظرية الخط المستمر: قد حدد تاننوم وشميدت هنا العلاقة بين القائد والمرؤوسين على أساس خط متواصل تبين نهاية الطرف الأيسر من الخط سلوك القائد المركزي الأونوقراطي بينما نهاية الطرف الآخر سلوك القائد الديمقراطي وهناك اساليب مختلفة للقيادة تقع بين نهايتي الخط والذي يحدد هذه الأساليب هي مدى الحرية التي يرغب القائد في تركها لمرؤوسيه في اتخاذ القرارات .

ب - نظرية ليكرت في القيادة :- تمكن من تحديد مميزات القيادة عن طريق مقارنة سلوك المشرفين في المجموعات العمالية ذات الإنتاجية العالية والمجموعات ذات الإنتاجية المنخفضة يتميز المشرف ذو الإنتاجية العالية بمشاركة محدودة في التنفيذ وباهتمام أكثر بموظفيه وبالتعامل غير الرسمي ويسمح لموظفيه باتخاذ قرارات واختيار طرق العمل وقلة الاشراف المباشر. ميز ليكرت بين أربعة أنظمة للقياد وهي:

1. النظام التسلطي الاستغلالي: مركزي بدرجة عالية وقليل الثقة بالعمالين ويحفز عن طريق الخوف والاكراه.
2. النظام المركزي النفعي: أقل مركزية ويسمح لموظفيه باتخاذ بعض القرارات ولكن تحت رقابته.
3. النظام الاستشاري: يثق في موظفيه ويستفيد من أفكارهم وآرائهم.
4. النظام الجماعي المشارك: يوفر ثقة مطلقة في موظفيه ويتبادل معهم المعلومات ويستفيد من أفكارهم.

ح - نظرية البعدين :- يطلق عليها ايضا اسم دراسات جامعة ولاية أوهايو في القيادة ، تم تحديد بعدين لسلوك القيادة هما :-

- المبادرة لتحديد العمل وتنظيمية . - تفهم واعتبار مشاعر الآخرين .
الأول يخطط للعمل والأنشطة ويحدد دوره في انجاز الأهداف ويتصل بالعمالين ويوزع العمل ويقوم بالمراقبة. الثاني ينمي الثقة والصدقة مع موظفيه ويحترم أفكارهم ويقدر مشاعرهم. والأكثر فعالية هو الذي يجمع بين البعدين.

خ - نظرية الشبكة الإدارية :- تعتبر من اكثر النظريات معرفة طورها بليك وماتون واستطاعا تحديد اسلوبين لسلوك القائد هما:-

- الاهتمام بالأفراد . - الاهتمام بالإنتاج .
ويمكن هنا التمييز بين خمسة أساليب رئيسية للقيادة بحسب موقعها على الشبكة ص 283-284-285
الأساليب الخمسة:

1. القيادة الضعيفة: الاهتمام الضعيف بالأفراد والإنتاج.
2. قيادة الفريق: اهتمام عال بالأفراد والإنتاج.
3. القيادة المتسلطة: اهتمام عال بالإنتاج وضعيف بالأفراد.
4. القيادة الإنسانية: اهتمام عال بالأفراد وضعيف بالإنتاج.
5. القيادة المعتدلة: اهتمام معتدل بالأفراد والإنتاج.

نظرية القيادة تتأثر بشخصية القائد وأسلوبه وبشخصية الجماعة والموقف او الحالة ، والموقف له أهمية كبيرة في التأثير على عملية القيادة لأنه يؤثر على مدى قدرات القائد في إنجاز ما هو مطلوب

ح - النظرية الظرفية :-

اهم النظريات الظرفية هي التي وضعها فيدلر :-

1 - النظرية الظرفية لفيدلر :- حاول التركيز على أسلوب جديد يتصف بالمرونة والتكيف مع الظروف المتغيرة وبذلك خرج بنظريته الظرفية والتي تشير الى ان ليس هناك اسلوب واحد في القيادة يصلح لكل زمان ومكان كذلك ليس هناك صفات معينة يجب توافرها في كل قائد وليس هناك قائد يمكن وصفه بأنه ناجح او فاشل في كل الأوقات ، وأشار الى ان فعالية القيادة يعتمد على التوافق الصحيح والسليم بين شخصية القائد وثلاث متغيرات في الموقف وهي :-

- ✓ العلاقة بين القائد ومرؤوسيه .
- ✓ مدى وضوح مهام العمل ومدى وضوح الواجبات الملقاة على عاتق المرؤوسين .
- ✓ درجة القوة غي مركز القائد .

وجوهر نظرية فيدلر يشير الى ان القائد المهتم بمهام العمل والذي ينزع الى المركزية والتسلط يكون فعالا في تحقيق إنتاجية عالية لمرؤوسيه في الحالات المتطرفة لخصائص الموقف. وأشار الى ضرورة الانتباه الى أنه ليس هناك اسلوب قيادي واحد ناجح في كل المواقف

2 - نظرية المسار - الهدف :-

طورت هذه النظرية من قبل روبرت هاوس وهي تؤكد بأن القائد الفعال هو الذي يقوم بمساعدة مرؤوسيه في تحديد أهدافهم ورسم المسارات المؤدية الى تحقيق الأهداف . وهناك اربعة انواع من السلوك القيادي :-

- التوجيهي أو الأمر: إبلاغ العاملین بالواجب عمله وكيف يقوم به ومتى.
 - السلوك الموازر: يظهر القائد الصداقة والاهتمام والعطف بالعمالين.
 - السلوك المشارك: يشارك القائد العاملین في اتخاذ القرارات وتقبل اقتراحاتهم.
 - السلوك الاجازي: يحدد القائد أهداف تتحدى قدرات العاملین ويظهر مدى ثقته بهم في تحقيقها.
- يستطيع القائد استخدام جميع أنماط السلوك السابقة لكن في مواقف وظروف مختلفة

ملخص ادارة الخدمات الصحية

يمكن الاستنتاج من دراسة جميع النظريات السابقة في القيادة بأنه ليس هناك طريقة مثلى محددة وواضحة لقيادة الأفراد وفي الحياة العملية نادرا ما نجد قادة ديمقراطيين او أتوقراطيين منة بالمنة ، وعملية القيادة عملية معقدة نظرا لتشابك العوامل والمتغيرات التي تؤثر فيها .

المدير كقائد للمنظمة الصحية

- هنالك جملة من القضايا الهامة التي تحتاج الى قيادة فاعلة على مستوى المنظمة الصحية ككل وكما يلي :-
- 1 - تحديد أولويات المنظمة وخلق إجماع المشاركين على هذه الأولويات .
 - 2 - حشد الدعم المطلوب لأهداف وغايات المنظمة من الداخل ومن البيئة الخارجية .
 - 3 - تحديد الأدوار والمسؤوليات فيما يتعلق بتوجه المنظمة والأداء التنظيمي.
 - 4 - اختبار مزيج الخدمات الصحية المناسبة التي ستقدمها المنظمة وتحديد سوقها المستهدف .
 - 5 - القيام بمهام التخطيط الاستراتيجي للمنظمة واختيار الاستراتيجيات المناسبة .
- ص 289

خصائص القيادة الناجحة :-

- 1 - **الوعي**: يقصد بذلك وعي القائد لمدى تأثيره على مرؤوسيه والاسلوب الأفضل لممارسة مثل هذه التأثير كذلك وعيه للعوامل والمتغيرات التي تزيد من فعاليته وذلك يتضمن الإلمام بالنظريات والأبحاث المتعلقة بالقيادة .
- 2 - **الإحساس والتعاطف**: أي القدرة على معرفة حاجات ورغبات وشعور الآخرين وهو ابعد من مفهوم الشفقة .
- 3 - **الثقة**: بنفسه وبقدرات العاملين معه لتشخيص المشكلات واتخاذ القرارات اللازمة لها.
- 4 - **القدرة على الاتصال**: على توضيح وايصال الأهداف للعاملين وتلقي توقعاتهم.

-الخلاصة :-

تحتاج المنظمات الى لاقادة الإداريين القادرين على التأثير على مرؤوسيهم واستغلال طاقتهم وقدراتهم كما تحتاج الى قادة استراتيجيين مخططين ومتخذي قرار لقيادة منظماتهم .
وبشكل عام تبين ان هناك صفات رئيسية مثل الوعي والإحساس والتعاطف والثقة والقدرة على الاتصال ويجب ان يتحلى بها أي قائد يريد زيادة فعالية وضمن نجاحه في قيادة الآخرين وقيادة منظمته الى النجاح .

Leadership	القيادة الأتوقراطية
Democratic Leadership	القيادة الديمقراطية
Laissez Faire	قيادة عدم التدخل
Trait Theory	نظرية السمات
Leader-Behavior Theories	نظريات سلوك القائد المستمر في القيادة
Theory Continuum Leadership	نظرية الخط
Authoritative Exploitative	النظام التسلطي الاستغلالي
Benevolent Authoritative	النظام المركزي النفعي
Consultative	النظام الاستشاري
Participative-Group	النظام الجماعي المشارك
Theory The Two Dimensional	نظرية البعدين
Theory The Managerial Grid	نظرية الشبكة الإدارية
Concern for People	الاهتمام بالأفراد
Concern for Production	الاهتمام بالإنتاج
Situational Theory	النظرية الموقفية
Contingency Theory	النظرية الظرفية لفيدلر
Directive	السلوك التوجيهي الأمر
Supportive	السلوك المؤازر
Participative	السلوك المشارك
Achievement Oriented	السلوك الانجازي

ملخص ادارة الخدمات الصحية

الفصل الحادي عشر

الاتصال في المنظمة الصحية

صنع القرار يعتمد على معلومات دقيقة وكاملة ومتوفرة في الوقت الصحيح ، وحقيقة الأمر ان توفر ومعالجة المعلومات الدقيقة والكاملة في الوقت الصحيح هو دائما أحد المشاكل الأكثر تعقيدا التي تواجه المنظمات .
تتضمن الاتصالات بمعناها الضيق مهارات مختلفة مثل القراءة والكتابة والاستماع والمحادثة وتتضمن بمعناها الاوسع المواقف والشعور والبيئة وربما المدى الكامل للعلاقات الشخصية وعلاقات العمل .

- 1- القرار الصحي يعتمد على المعلومة الصحيحة والدقيقة وفي الوقت المناسب.
- 2- إيصال المعلومة وفق الشروط السابقة عملية معقدة في المنظمات الصحية.
- 3- العملية المعقدة في المنظمات الصحية تطلب مهارات عدة منها القراءة والكتابة والمحادثة والاستماع.
- 4- العملية المعقدة تتأثر بعوامل منها علاقات العمل أو علاقات الأشخاص أو البيئة

إذا الاتصالات لا تقتصر فقط على إرسال واستقبال المعلومات بل المواقف والشعور كذلك .وفيما يتعلق بالمنظمات الصحية فإن إجراء الاتصالات تعني فقط إرسال واستقبال تلك المعلومات او المعرفة التي تساعد على الوصول إلى أهدافها فقط.

أسباب ضعف الاتصالات في المنظمات الصحية

- 1 - ضعف كفاءة العنصر البشري وعدم توفر الوقت الكافي .
 - 2 - عدم وجود إجراءات وسياسات وتوجيهات مكتوبة للعمل والعاملين .
 - 3 - سوء فهم للنشاطات المتخصصة وأعمال النشاطات الأخرى في المستشفى.
 - 4 - المشاكل التنظيمية وعدم تحديد خطوط السلطة والمسؤولية .
 - 5 - عدم وجود برامج تدريب أثناء العمل وبرامج للتطوير.
 - 6 - الفشل في إدراك أهمية الاتصالات.
 - 7 - المعوقات اللغوية .
 - 8 - دوران العمل .
 - 9 - مشاكل العاملين .
 - 10 - التشغيل على مدى 24 ساعة .
- وفي الحقيقة فإن قائمة المعوقات للاتصالات الفعالة قد تمتد الى ما لا نهاية ومن الصعب أن يتفق الاختصاصيين على قائمة واحدة .

ويلخص اختصاصي الاتصالات أسباب ضعف الاتصالات في التنظيم بالقائمة التالية :-

- 11 -عدم ملائمة وضعف مهارات ومواقف المرسلين والمستقبلين للمعلومات .
- 12 -عدم وجود وسائل لتقويم نتائج الاتصالات وتحسينها .
- 13 -سوء فهم وتحريف المعلومات المرسله والمستقبله بسبب العلاقات والعوامل الإنسانية .
- 14 -كبر حجم التنظيم فكلما كان التنظيم أكبر كلما كانت عملية الاتصالات صعبة .

مبادئ عامة في الاتصالات

- يتضمن برنامج تحسين الاتصالات في أية منظمة مبادئ وإرشادات عامة لا بد من تطبيقها في نشاطات العمال اليومية وحل المشاكل وهي :-
- 1 -الاتصالات ليست عبارة عن أداة فقط او ناحية مساعدة في التنظيم بل هي جوهر أي نشاط منظم والعملية الأساسية التي تنبثق عنها كافة الأعمال الأخرى ، فيدون الاتصال لا يمكن ان يكون هناك تنظيم .
 - 2 -إن الاختلاف الكبير في نوعية ونتيجة الاتصالات يحتم ضرورة إخضاعها لعملية الرقابة والضبط الإداري كما هو الحال بالنسبة الى نشاطات التنظيم الأخرى .
 - 3 -يجب النظر الى الاتصالات والتفكير بها على أساس أنها توجيهية سواء الاتصالات الصاعدة او النازلة او الأفقية عند صدورها من المرسل .
 - 4 -الاتصال غير الفعال في التنظيم يمكن ان تعني ضياع في الوقت والموارد وبالتالي ينتج عنه انخفاض في الإنتاج وارتفاع في التكلفة.
 - 5 -يمكن تحسين الاتصال عن طريق تعليم المبادئ العامة والمهارات المختلفة في الاتصالات .
 - 6 -إن الاتصالات لا تقتصر على الاتصال الشفهية والكتابية بل يمكن أن تتم بطرق مختلفة غير شفوية من خلال الإشارات والتلميح.
 - 7 -إن الفرد ويشكل عام يستمع ويقدر ويلاحظ ثم يختار ويفهم تلك الجزء من الرسالة التي ترتبط بمصالحه واهتمامه.
 - 8 -إن المرء لا يمكن أن يفشل في الاتصالات .
 - 9 -إن لكل اتصال محتوى لفظي وهو المعنى المتضمن وراء الاتصال أو الذي يحكم العلاقة بين الأفراد الذي يشكلون طرفي الاتصال.
 - 10 -العديد من المدراء يشعرون ان الرسالة تحتاج الى ان ترسل مرة واحدة فقط بينما اختصاصي الاتصالات يصورون على أهمية الإعادة والتكرار لان الكثير من الناس لا يلتقطون الرسالة او لا يفهمونها .
 - 11 -لا بد ان يتضمن الاتصال وسيلة للتغذية الرجعية .
 - 12 -ضرورة وجود مقياس لتقويم الاتصالات عند وضع أي برنامج لتحسين الاتصالات وإنجاحها .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

13 - ان الاتصال لا يحق بمجرد ان الرسالة قد تم إرسالها فيجب ان تستلم بمقدار معقول من الدقة فلا يستطيع المدير ان يحقق اتصالا بمجرد إرسال نشرة شهرية الى مروضيه .

14 - يجب عدم التفكير فقط في حل مشاكل الاتصال لنفسها بل كذلك في حل المشاكل التنظيمية المحددة عن طريق تطبيق أساليب محددة للاتصالات

الحاجة إلى تحسين الاتصالات

الأسباب :-

- 1 - التغير التقني السريع .
- 2 - أسباب مختلفة اقتصادية زيادة تكلفة الخدمات في المنظمات الصحية والرغبة في ترشيد التكاليف
- 3 - التغيير في السياسات والإجراءات وفي التنظيم.
- 4 - الرغبة في زيادة فعالية ومساهمة العنصر البشري

تحسين الاتصالات من أعلى إلى أسفل

أشارت نتيجة الدراسة السابقة بأن اتصالات المدراء مع المشرفين كانت فعالة جدا اما الاتصالات مع المروضين فكانت قليلة الفعالية وهذا يعزز المبدأ القائل بأن الاتصالات تفشل او تعرقل بشكل اكبر في التنظيمات الكبيرة كلما ابتعدنا عن مصدر الرسالة.

المدراء يمكن ان يكونوا أكثر كفاءة وفعالية في أعمالهم عندما يستخدموا الاتصالات النازلة لتحقيق هدفين :-

- 1 - إبلاغ المروضين عن مسؤوليات أعمالهم ودورهم في التنظيم .
- 2 - الحصول على التعاون الكامل من مروضيهم وبذلك يتم استعمال الموارد المتاحة لهم بشكل منتج والى حد بعيد قدر الإمكان

صعوبات الاتصال الى أسفل

الاتصال النازل الأكثر شيوعا في أي تنظيم وهي غالبا الأصعب بسبب الخلاف الأساسي الذي ينتج غالبا عن علاقات الرئيس والمروض فالرؤساء والمروضين يمكن أن يكون لديهم آراء وتوقعات مختلفة ومصالح مختلفة وهذا غالبا يجعل الاتصالات النازلة صعبة ، وهناك مشاكل أخرى تصعب الاتصال النازل وتعود المدراء وهي :-

- 1 - ضعف مهارة المدير في اختيار الوسيلة المناسبة واستخدامها.
- 2 - قد يشعر المدير بأن المروض ليس لديه الحاجة أن يعرف أو الحق لأن يعرف بعض المعلومات.
- 3 - قد يفترض المدير أن الرسالة المرسله هي رسالة مستلمة دون الاهتمام أو التأكد من أن أحدا ما يستمع او يفهم الرسالة كما أرادها مرسلها .

هنالك مشاكل أخرى تعود للمروضين وتعيق الاتصال النازل كما يلي :-

- 1 - قد يفشل في فهم المعنى المقصود او في الإلمام بأهمية الرسالة.
- 2 - قد يشعر ان لديه الحاجة او الحق في ان يعرف المعلومات التي حجت عنه.
- 3 - قد لا يتفق بدوافع الرئيس في إعطاء المعلومات او طلب التعاون .
- 4 - قد يقاوم أي تغيير في عادات عمله او نمط تفكيره .

بعض المتطلبات الدنيا للاتصالات النازلة :-

للاتصال بفعالية الى أسفل هنالك حد أدنى من المتطلبات الضرورية كما يلي :-

- 1 - يجب أن يكون المرسل وعا ومدرا لصفات وخصائص كل وسائل الاتصال وقادر على اختيار الوسيلة المناسبة للرسالة .
- 2 - ان الاتصالات النازلة يجب ان تحتوي على مضمون ولغة ترضي وتوفى بين اهتمامات كلا من الرئيس والمروض فيجب ان لا تظهر الفوائد كلها على جانب واحد .
- 3 - حيثما كان بالإمكان يجب إعطاء الأسباب لأية تغييرات يراد إدخالها وهذا يخلق مناخا من الثقة والاحترام المتبادل.
- 4 - لضمان التحسين المستقبلي على الاتصالات النازلة يجب تقويم دقتها كلما كان ذلك ممكنا وذلك من خلال استعمال التغذية الراجعة.

والحصول على التغذية الراجعة يعني معرفة كم كان الاتصال فعالا والتغذية الراجعة ببساطة هي معرفة النتائج واخبار المدير او المشرف ب :-

- 1 - فيما إذا فهم المروضين الرسالة واتخذوا الإجراء المناسب عليها .
- 2 - ماذا يمكن للمروضين أن يساهموا في حل المشكلة .
- 3 - ما يجب عمله للتوفيق بين حاجات الرئيس والمروض والمنظمة .

ويمكن الحصول على التغذية الراجعة من خلال ما يلي :-

- ✓ التقارير والمذكرات الصاعدة ..
- ✓ أنظمة الاقتراحات .
- ✓ أساليب الشكاوي والتذمر.
- ✓ مقابلات ترك الخدمة .
- ✓ تقويم الأداء.
- ✓ مسوحات المواقف والآراء.
- ✓ الاجتماعات بأنواعها .
- ✓ المؤتمرات .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

بدون التغذية الرجعية فإن غالبية المدراء سوف يبالبوا في تصنيف فعالية اتصالاتهم ، ومن خلال التغذية الراجعة يمكن ان يكون التقويم اكثر موضوعية وواقعية واكتشاف المشاكل بسهولة أكبر وأدق .

تحسين الاتصالات الصاعدة

الاتصالات الصاعدة هي انتقال الرسالة الى مستوى أعلى في التنظيم " من المرؤوس إلى الرئيس " . عند القيام بالاتصال الصاعد بفعالية فإن ذلك يساعد المدير والمشرف على المساهمة في المعلومات والمواقف الإيجابية لمصلحة التنظيم وفي نفس الوقت يمكن ان يعلم المدراء والمشرفين ما يلب من معلومات عن المرؤوس ومواقفه .

أهم شخص في الاتصالات الصاعدة وربما كل الاتصالات كلها هو مشرف الخط الأول لأنه يمثل التنظيم الأكبر . الاتصالات الصاعدة يجب ان تتحرك بسهولة الى أعلى عبر القنوات من المرؤوس الى كل مستوى إشرافي الى أن تصل الى المستوى الإشرافي المخول باتخاذ الإجراء على هذه المعلومات .

إذا ما أريد للاتصالات الصاعدة أن تكون فعالة فإن علاقة طابعها الثقة والمحبة والاحترام يجب ان تسود بين الرئيس والمرؤوس على كل المستوي . مشاكل العلاقات الإنسانية غالباً ما تتدخل وتعرقل الاتصالات الصاعدة .

بعض الصعوبات في الاتصالات الصاعدة " التي تحد من فعاليته " :-

- 1 - إن المدير او المشرف يرى المرؤوس اللامع كتهديد لأمنه ، وبذلك يتمتع عن إعطاء معلومات للمرؤوس تساعد ليبدو جيد .
- 2 - أن الرئيس لا يستمع ، فالنظرة التقليدية للقائد هي أنه الشخص الذي يتكلم بينما المرؤوس يستمع ، **ولفعالية الاتصالات الصاعدة يجب أن يتكلم المرؤوس ويصغي الرئيس والاستماع فن ينقص الكثير من الرؤساء .**
- 3 - إن المناخ العام للاتصال الصاعد هو ضعيف ، فبسبب الاختلاف في المركز والخلفية والتعليم فإن العلاقة بين الرئيس والمرؤوس يمكن ان تضعف .
- 4 - المرؤوس يقاوم التغيير فتردد المرؤوس لتميرير وإعطاء الأفكار الجديدة أحياناً ما يوصف كمشكل للاتصال الصاعد لأنه يخش التغيير الذي قد تجلبه الفكرة على وضعه وعمله .
- 5 - المرؤوس تنقصه المهارات للاتصال .
- 6 - إن التنظيم يهمل الاتصالات الصاعدة بعد استلامها ولا يأخذ إجراء عليها .

فتح قنوات الاتصالات الصاعدة :-

لأسباب واضحة فإن الأخبار الجيدة تصل الإدارة بشكل أسهل بينما المشاكل تتحرك ببطء أكبر عبر القنوات الصاعدة وأحياناً لا تصل الى بعد ظهور الأزمة وبذلك تكون النتائج مكلفة . للتغلب على قنوات الاتصال الصاعدة بين المرؤوس والرئيس فقط طورت التنظيمات أساليب مختلفة ووسائل عديدة تهدف الى فتح وإزالة العوائق امام قنوات الاتصالات ، وذلك عن طريق تخطي المشرف المباشر للمستخدم والذي تكون معلوماته ومواقفه مهمة للإدارة ، ومن هذه الأساليب استعمال لجان ومجالس الموظفين كوسائل لإزالة العوائق امام الرسائل الشرعية الى الإدارة من المرؤوسين .

تحسين الاتصالات ذات الاتجاهين :-

الأسلوب المستعمل في الاتصالات الصاعدة او النازلة يمكن أن يتضمن اتصالاً ذا وجهين .

عند عدم توفر الاتصالات ذات الاتجاهين وعند عدم تشجيع الموظفين على الاتصالات بحرية مع الإدارة فيمكن توقع ما يلي :-

- سوء فهم أهداف التنظيم وسياساته . - ضعف ولاء وانتماء العاملين للتنظيم وأهدافه .
- برامج تدريب مكثفة ومكلفة . - سوء فهم مستمر بين المرؤوس والرئيس وبين الأقسام .
- تدمير لمركز الرئيس وقدرته على القيادة فيدون الاتصالات ذات الاتجاهين يشعر مشرفو الخط الأول أنهم معزولون عن رؤسائهم و مرؤوسيتهم
- إن الهدوء او الصمت في التنظيم يخلق عادة الشائعات والبلبله وحتى في غياب الشائعات فإن الموظفين يعطوا معنى غير جيد للصمت .
- ارتفاع نسبة المستخدمين الذين يتركون العمل وتغيب وعدم رضى عن العمل وغياب الفهم والتفهم المشترك بين الرؤساء والمرؤوسين.

الاجتماعات

كثير من الاجتماعات ذات اتجاه واحد للاتصال . الاجتماعات وخاصة الصغيرة منها هي وسيلة تمنح الرئيس والمرؤوس الفرصة لمشاركة آرائهم وشعورهم بفعالية وسهولة . بعض الاجتماعات تكلف آلاف لدولارات من حيث الوقت المصروف في التحضير لهذه الاجتماعات والوقت الذي تستغرقه وهي تكلفه أكبر بكثير من إصدار مجلة أو نشرها .

عند الانتهاء من الاجتماعات الفاشلة فإن المسؤولين عنها لا يعرفون فيما إذا :-

- تم الاستماع للرسالة . - هل تم فهم الرسالة .
- هل سيتم اتخاذ إجراء عليها .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

- بالرغم من هذه الانتقادات فإن الاجتماعات وجها لوجه تعتبر وسيلة اتصال أفضل بكثير من الوسائل الكتابية بعدة طرق :-
- 1 - أن الاتصالات وجها لوجه على الأرجح أكثر معنى من الاتصالات الكتابية لأن هناك تشويش أقل للمادة المرسله .
 - 2 - تستطيع الاجتماعات وبنجاح الكشف عن المشاكل الخفية للتنظيم ، فعن طريق التكلّم والاستماع في الاجتماعات يستطيع رئيس القسم او الرئيس ان يحصل على تفهم أفضل عن مرؤوسيه .
 - 3 - الاجتماع وجها لوجه وسيلة جيدة للاتصالات ذات الاتجاهين فالمشارك يعلم عندما يتواصل فيما إذا كانت رسالته لها التأثير المقصود وإلا فإنه يستطيع فوراً تعديل الرسالة والمحاولة ثانية وهكذا فالاجتماع وجه لوجه يعطي فرصه للتواصل بفعالية .

أسباب فشل الاجتماعات :-

- 1 - عدم تحديد أهداف الاجتماع والغرض منه بوضوح والفشل في نقل وإبلاغ أهداف وغرض الاجتماع الى المشاركين بشكل واضح .
- 2 - غالباً ما ينظر المدير الى الاجتماع كفرصة له لطرح خطته وأفكاره التي حضرها سلفاً ويعمل على فرضها على المشاركين أكثر من كونه فرصه للتعرف على أفكار المشاركين ومناقشتها .
- 3 - عدم توفر معلومات كافية لدى المدير عن المشاركين في الاجتماع لماذا يشاركون وماذا يتوقعون من الاجتماع وما هي حاجتهم وما لذي يمكنهم المساهمة فيه وتقديمه في الاجتماع .
- 4 - نقص مهارات الاستماع لدى قائد الاجتماع .
- 5 - عدم الوعي لأهمية الاتصالات ذات الاتجاهين والطرق الفعالة لتحقيقه .

اسئلة ونقاط هامة تتعلق بالاجتماعات:-

قبل الاجتماع :-

- قبل عقد الاجتماع هناك اسئلة يجب على المدير او قائد الاجتماع الاجابة عليها بخصوص قيادة الاجتماع:-
- 1 - ماهو الغرض من الاجتماع وما الذي يرمي الى تحقيقه ؟ هل الغرض واضح لمخطط الاجتماع ؟ وهل تم توضيحه للمشاركين ؟
 - 2 - هل هو مستعد لنقاش ؟ وهل خطة النقاش التي ينوي اتباعها مناسبة ؟
 - 3 - هل قام بتحليل ودراسة المشاركين والتعرف على نقاط قوتهم وضعفهم ؟
 - 4 - هل الوسائل المساعدة للاجتماع مناسبة ؟
 - 5 - ماهي الأسباب التي يجب عليه اتباعها لضمان مشاركة فعالة من المشاركين ولتحقيق اتصالات ذات اتجاهين ؟
 - 6 - هل تم التفكير بكافة التفاصيل والمتطلبات الخاصة بالاجتماع من البداية الى النهاية ؟

خلال الاجتماع

على المدير ان يكون متيقظا وان يبذل جهودا كافية لملاحظة وتسجيل مجريات وسير الاجتماع ويجب الانتباه الى النقاط التالية :-

- 1 - هل النقاش مرتبط بالغرض من الاجتماع ؟
- 2 - هل يسير النقاش بسهولة ويسر وانتظام ؟
- 3 - ما هي الأمور التي تسير جيدا في الاجتماع ؟ وما هي الامور والنواحي الضعيفة في الاجتماع ؟
- 4 - هل المدير يعي ويسمع الى الهدوء والسكون المخيم في الاجتماع بالإضافة الى النقاش والحديث ؟
- 5 - ما هي ردود أفعال وشعور ومواقف الأعضاء ؟ وماهي انطباعات المدير عن مجريات الأمور في الاجتماع ؟

بعد الاجتماع

يجب على المدير تكريس بعض الوقت لتقييم نجاح الاجتماع وللتعرف على نقاط الضعف لتحسين فعالية الاجتماعات اللاحقة ولهذا لا بد له من الإجابة على الاسئلة التالية :-

- 1 - هل كان استعداد المشاركين للنقاش جيدا؟ وهل كان مستعدا للنقاش ؟
- 2 - هل تم حضور الاجتماع من قبل كل الاشخاص الضروريين ؟ ام كانت هناك حاجة الى دعوة أشخاص آخرين ؟
- 3 - هل شعر المشاركون بحرية التعبير والمشاركة ؟ وهل تمثل الاستجابات وردود الأفعال مواقف الفرد الشخصية في المجموعة ؟
- 4 - هل كان النقاش حرا من سيطرة المدير او سيطرة الاعضاء الاخرين في المجموعة ؟
- 5 - هل كانت أسئلتي وتقديمي للمواضيع والنقاط واضحة ومحدودة ؟
- 6 - هل كان هنالك استعمال فعال للمساعدات البصرية في الاجتماع ؟
- 7 - هل تحقق الاتصال ذات الاتجاهين بشكل فعلي ؟
- 8 - هل كانت نتائج الاجتماع تستحق وتبرر الوقت والجهد المصروف ؟ كيف أستطيع معرفة ذلك ؟

Communication	الاتصال
Communication Down-Ward	الاتصال النازل
Up-Ward Communication	الاتصال الصاعد
Communication Vertical	الاتصال الافقي

ملخص ادارة الخدمات الصحية

الفصل الثاني عشر

التغيير التنظيمي في المنظمة الصحية

التغيير التنظيمي في المنظمات الصحية :-

تعتبر إدارة التغيير في المنظمات الصحية إحدى أهم المسؤوليات الإدارية للمدير الصحي .
ينتج التخطيط في العادة عن برامج وأنشطة جديدة أو معدلة يصار الى تنفيذها بنجاح وبما يحقق أهداف المنظمة .
التغيير في المنظمة الصحية ينصب إما على المدخلات المستعملة او على عملية التحويل نفسها أو على المخرجات النهائية أو على كل ما ذكر . وهذا يعني أن كل التغيير الذي تتبناه المنظمة ينصب إما على الوسائل او على الغايات أو على كليهما معا .
أنواع التغيير :-

- 1 - تغيير فني :- تغيير ينصب على الوسائل وليس على الغايات ويختلف هذا التغيير في تكلفه وأثره على المنظمة .
- 2 - تغيير تعديلي :- وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل حيث ينصب على أهداف المنظمة دون تغيير في الوسائل الجوهرية .
- 3 - التغيير التكيفي :- ويتضمن تغييرا في كل الوسائل والغايات معا ، وهذا النوع لا يحدث في المنظمة الصحية بشكل متكرر وعندما يحدث فإنه يتضمن تعديل جوهري في توجه المنظمة – الغايات والأهداف – وبذلك ينطوي على تغييرات في الوسائل التي تم خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة .

مصادر التغيير :-

هنالك ثلاثة مصادر للتغيير في المنظمات الصحية

- 1 - Origination ويشير مصدر التغيير هذا إلى ابتداء أو خلق حلول أصلية للتعامل مع المشكلة تواجه المنظمة .
- 2 - التكيف ويشير إلى تطبيق حلول تم تطويرها خارج المنظمة بعد تكيفها وتعديلها لحل مشكلة تواجه المنظمة .
- 3 - الاستعارة ويشير هذا المصدر الى تطبيق حل تم تطويره خارج المنظمة دون أن تعديل طفيف عليه .

عملية التغيير :-

- 1 - إدراك المشكلة او الحاجة للتغيير من قبل المشاركين في المنظمة والمتعاملين معها – الحاجة للتغيير عادة هو الفجوة المدركة بين ما تعمله المنظمة حاليا و ما يتوجب عليها عمل – ويتأثر إدراك المنظمة للحاجة للتغيير بما يمارس عليها من ضغوط خارجية و داخلية .
- 2 - تحديد العمل أو الإجراء الذي يمكن اتخاذه لجسر الفجوة بين الوضع الحالي والمرغوب وهذا يمكن ان يحدث على مستويات مختلفة في المنظمة الصحية ، وتتأثر هذه المرحلة عادة بخصائص الأفراد العاملين وخصائص المنظمة نفسها ومصادر التغيير الذي تلجأ إليه المنظمة والموارد المتاحة .
- 3 - تنفيذ التغيير المطلوب وتتأثر هذه المرحلة بخصائص البناء التنظيمي للمنظمة وخصائص التغيير المقترح وخصائص الأفراد القائمين على التنفيذ .
- 4 - قبول التغيير إن تنفيذ التغيير لا يعني بالضرورة القبول النهائي به من قبل الأفراد .

خصائص عملية التغيير والعوامل المؤثرة :-

تتأثر عملية التغيير بالعديد من العوامل والتي لا بد من الإشارة إلى أهمها

- 1 - تتأثر عملية التغيير بالمثير للتغيير :- يحدث المثير للتغيير عندما يتم إدراك تناقض او اختلاف بين ما تفعله المنظمة بالمقارنة مع ما يعتقد المشاركون في التنظيم عما يتوجب على المنظمة عمله ، وهذا التناقض يخلق فجوة في الأداء ويقدر ما تكون هذه الفجوة الأدائية واضحة وكبيرة بقدر ما تكون القوة المحركة للتغيير وتنفيذ التغيير .
- 2 - تسلسل مراحل التغيير وترابطها المنطقي والمنظم ، فمراحل التغيير متسلسلة بشكل منطقي ومنظم حيث لا يمكن البدء بمرحلة لاحقه إلا إذا تحققت المرحلة السابقة .
- 3 - الطبيعة التفاعلية لمراحل عملية التغيير بمعنى أن كل مرحلة لاحقة مشروطة ومعتمدة على سابقتها .
- 4 - الطبيعة المعقدة والتفاعلية للعديد من العوامل المؤثرة على عملية التغيير والتي قد تسهل او تعيق عملية التغيير .
- 5 - إن عملية التغيير عملية متجددة ومستمرة فالمنظمات الصحية تعمل ضمن بيئة متحركة – غير مستقرة – وهذا يجعل التغيير التنظيمي عملية مستمرة وتحتاج الى تقويم مستمر .

استراتيجية التغيير

هنالك العديد من الاستراتيجيات والاسباب التي يمكن ان يستعملها المدراء الصحيون لتنفيذ التغيير في منظماتهم :-

- 1 - استراتيجيات إعادة التعليم .
- 2 - استراتيجيات الإقناع .
- 3 - استراتيجيات التيسير .
- 4 - استراتيجيات القسر " القوة " .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

أولا :- استراتيجية إعادة التعليم :-

تعتمد على تقديم الحقائق والمعلومات بشكل موضوعي وبدون تحيز للعاملين في التنظيم وتفترض هذه الاستراتيجية ان العاملين في المنظمة الصحية عقلانيون ويتصفون بالرشاد ومؤهلون لتقديم هذه الحقائق وقادرون على تعديل سلوكياتهم تبعاً لذلك . وهذه الاستراتيجية لا تقرر بشكل مسبق مسارا محددًا او خطة عمل للمنطقة بل تستعمل كمصدر لتوليد النقاش والافكار حول معالجة التضارب او الفجوة بين ما تفعلة المنظمة حاليا وما توجب عليها عملة ومن الاستراتيجيات الشائعة في منظمات الرعاية الصحية :-

- استراتيجيات التعليم المستمر :- تستعمل بشكل خاص للأطباء والمرضات حيث يستدعي المعدل المتسارع للتغيير في التكنولوجيا الطبية .
 - استراتيجية التغذية الراجعة للدراسات المسحية :- تستعمل كآلية منظمة لجمع البيانات حول أنشطة وعمليات المنظمة وتقوم على افتراض انه يتعدى على المرء التدخل المباشر بالعمليات التنظيمية وبدلا من ذلك يمكن للمدراء العمل مع افراد محددين مباشرة ومساعدتهم على تغيير سلوكياتهم المرتبطة بالأداء غير الفعال في المنظمة .
- ان الفكرة الأساسية في هذه الاستراتيجية المسوحات هي البدء بعملية التغيير التنظيمي من خلال جمع البيانات حول أنشطة التنظيم باستعمال استقصاءات تفصيلية يتم توزيعها على العاملين في المنظمة ومن ثم يتم تغذية النتائج لمجموعات من الأفراد لإعطائهم فرصة لاستكشاف معاني ، ثم يصار الى جمع البيانات مرة أخرى بعد تطبيق الإجراء التصحيح وبعاد تقويمها لمعرفة أثر الإجراء التصحيحي .
- أن الوظيفة الأساسية لعظمية التغذية الراجعة هي إظهار التناقض بين ما تفعلة المنظمة وما يتوجب عليه فعله وجعل هذا التعارض واضحا للمشاركين في المنظمة . وتؤثر التغذية الراجعة على السلوك بطريقتين :-
- توليد الطاقة عند الفرد وحفزهم للبدء باتخاذ إجراء تصحيحي لأنها تقدم للأفراد والجماعات في المنظمة معلومات تتعارض مع إدراكهم ومعتقداتهم .
 - توجه التغذية الراجعة لسلوك عندما يكون الفرد محفزا ، وهذا يعني انه عند وجود التناقض بين الأداء الفعلي و الأداء المرغوب تقدم التغذية الراجعة الأساس للخطط والبرامج لحل هذا التناقض .

ثانيا:- استراتيجية الإقناع :-

على عكس استراتيجيات إعادة التعليم تحاول استراتيجيات الإقناع إحداث التغيير من خلال التحيز المقصود في تصميم وتقديم البيانات والمعلومات للأفراد ، فالتركيز هنا هو على بيع الفكرة المراد تبنيها والتي قد تركز على معلومات أساسية او على معلومات مفبركة إضافية الى التلاعب بالأفراد والتأثير على مواقفهم من خلال المناورة والسياسة .

وهناك اساليب مختلفة للإقناع منها :-

- 1 - التقريب المتتابع :- اسلوب يطور مقياس متدرج يعكس مدى اختلاف المواقف حول برنامج محدد والهدف هو تغيير مواقف الافراد السلبية حول النواحي التي تكون عدم مواقفهم عليها ضئيلة او عن الحد الأدنى على أساس أن مع كل تغيير ضئيل سيكون هنالك تغيير في الموقف الكلي للفرد . وهكذا فالتغيير البسيط يؤدي الى تغيير اضافي
- 2 - أسلوب التشابه :- يقوم على استعمال موضوع مشابه للموقف الإشكالي إلا أنه غير مرتبط به مباشرة . ويتركز هذا الاسلوب على حقيقة عامة مفادها أن الأفراد عموما لديهم حاجة لرؤية أنفسهم متناغمين او منسجمين في تفكيرهم ومحاكمتهم للقضايا المطروحة .
- 3 - اسلوب الضغوط الاجتماعية :- من المعروف ان الجماعة تمارس ضغطا كبيرا على أفرادها لضمان الاتسجام والتناغم مع مواقف الجماعة ومعايير ونظام قيمتها حتى لو كانت مواقف الجماعة غير صحيحة وبذلك يمكن توظيف هذه الحقيقة وتطبيقها مباشرة في منظمة الرعاية الصحية ، كما ان الكثير من المدراء الصحيين يؤثرون على سلوك الأفراد ومواقفهم عند تعاملهم مع اللجان الكثيرة في المنظمات الصحية .
- 4 - أسلوب تشتيت الذهن :- تشير التجارب بأن عملية الإقناع تكون أسهل وأفضل عندما لا يكون الأفراد المراد إقناعهم وعين او متنبهين بشكل مسبق لمحاولة الإقناع .

ثالثا:- استراتيجية التيسير :-

تمثل التدخلات التي نقوم بها لتسهيل تنفيذ التغيير المطلوب ، يقوم على افتراضية أن المنظمات قد أدركت المشكلة وحددت خطة العلاج وأنها منفتحة للمساعدة الخارجية ولديها الرغبة للاعتماد على الجهود الذاتية للتغيير ، ومن الاستراتيجيات المستخدمة هنا اسلوب بناء الفريق و أسلوب تدريب الحساسية وأسلوب الاستشارة المتخصص

رابعا:- استراتيجية بناء الفريق :-

تعتمد منظمة الرعاية الصحية الى حد كبير على فرق العمل في أداء مهامها والتي يجب أن تعمل بتناغم وتعاون لضمان تقديم خدمات رعاية طبية جيدة ، كما نجد نزاع وخلاف وارتباك وغموض بين مجموعات العمل داخل المنظمات مما ينعكس سلبا على فاعلية المجموعات . ويعتبر اسلوب بناء الفريق مدخلا لدعم الداء الكلي لمجموعة العمل وقدرتها على تسهيل عملية التغيير ومشاركتها الفاعلة فيها .

ملخص ادارة الخدمات الصحية

من فوائد استخدام هذا الاسلوب في منظمات الرعاية الصحية :-

- 1 - زيادة إنتاجية العمل وخاصة إنتاجية اجتماعات فرق العمل والتي تستعمل بشكل واسع في المنظمات الصحية .
- 2 - زيادة وضوح الدور المتوقع وتغيير سلوك الدور عند الحاجة .
- 3 - زيادة المرونة في عملية اتخاذ القرار.
- 4 - توسيع قاعدة المشاركة في السلطة وتفعيل المشاركة بين أعضاء الفريق .

خامسا :- استراتيجيات القوة:-

تقوم على استخدام العقوبات والقسر لضمان تنفيذ التغيير وإذعان الفرد للتغيير ، ويعتمد نجاح هذه الاستراتيجيات على درجة اعتماد المنظمة على الفرد اة المنظمة التي تفرض هذه الاستراتيجيات .
ان توفير البدائل لتحقيق أهداف المنظمة الصحية يقلل من فعالية استراتيجيات القوة .
يستخدم استراتيجيات القوة عندما تفشل المنظمة او إحدى الوحدات التنظيمية فيها في إدراك الفجوة الأدائية . حيث تفشل في البدء بعملية التغيير المطلوب .

يعاب على هذا الاسلوب انه لا يضمن القبول بالتغيير من المعنيين في المنظمة .

اختيار الاستراتيجية المناسبة :-

يعتمد اختيار الاستراتيجية المناسبة على عاملين :-

- 1 - نوع التغيير .
 - 2- المرحلة المحددة في عملية التغيير .
- حقيقة الامر ان المنظمة تعتمد تطبيق استراتيجيات في نفس الوقت اخذه بعين الاعتبار مراحل عملية التغيير .

معوقات تنفيذ التغيير :-

- 1 - طبيعة مهام الرعاية الطبية :- حيث تتصف هذه المهام بالغموض وعدم الوضوح وعدم التيقن من النتائج مما يصعب عملية تحديد أهداف قابلة للقياس لهذه المهام .
- 2 - طبيعية العناصر البشرية العاملة في منظمات الرعاية الصحية .
- 3 - طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم .
- 4 - طبيعة البناء التنظيمي للمنظمات الصحية وتعقيده وخاصة من حيث مفاهيم السلطة والقوة والسيطرة .
- 5 - طبيعة التعليم والتدريب للمهنيين الصحيين .
- 6 - تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات منظمات الرعاية الصحية .

Organizational Change	التغيير التنظيمي
Adjustable Change	تغيير تعديلي
Adaptive Change	التغيير التكيفي
Crisis Medicine	طب الأزمات
Change Recognition	إدراك التغيير
Change Acceptance	قبول التغيير
Strategy Re-education	استراتيجية إعادة التعليم
Persuasion Strategy	استراتيجية الإقناع
Facilitative Strategy	استراتيجية التيسير
Strategy Coercive	استراتيجية القوة (الأكراه)