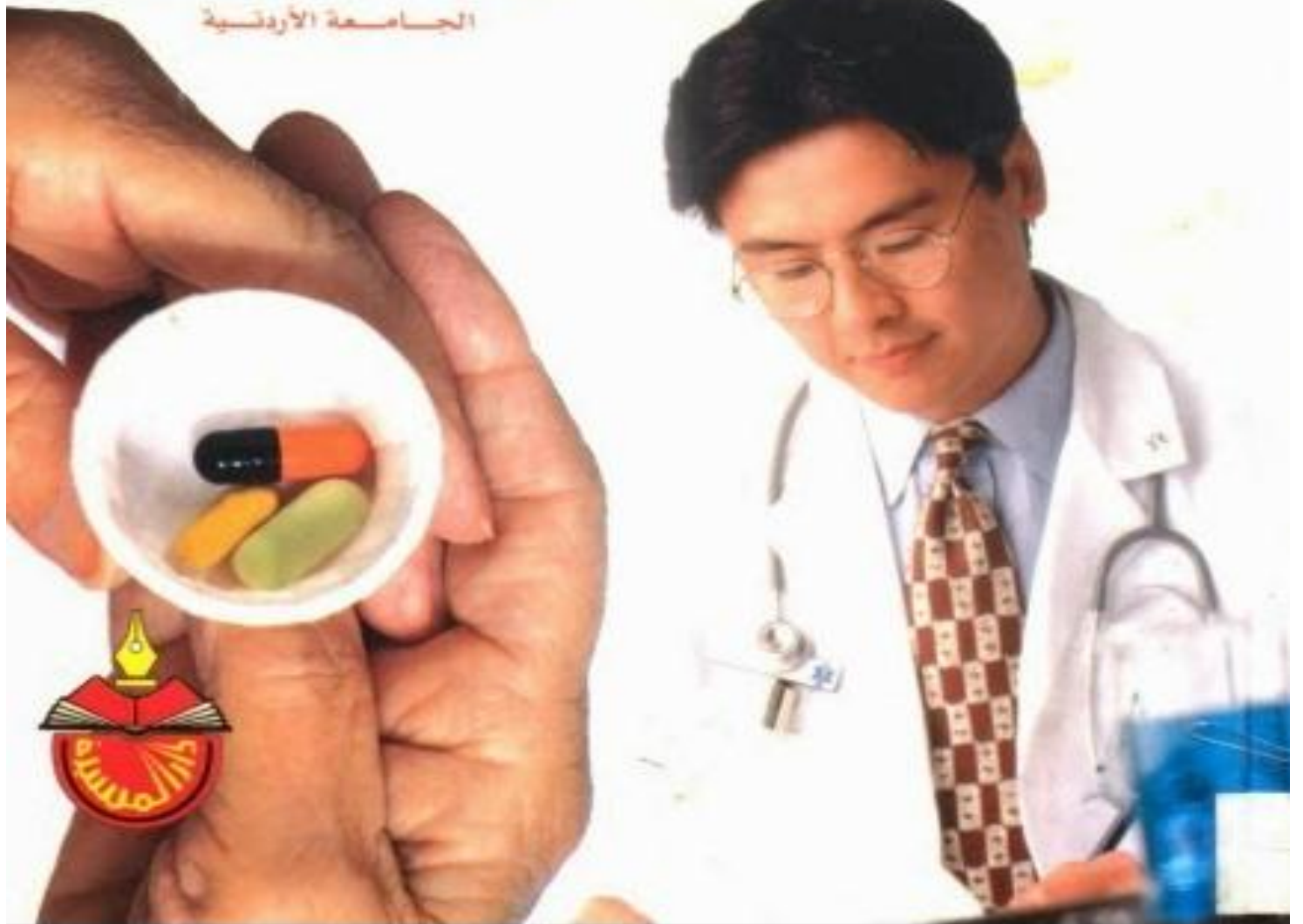


مقيم ومحكم علمياً

إدارة منظمات الرعاية الصحية

الأستاذ الدكتور
فريد توفيق نصيرات

رئيس قسم إدارة الأعمال
الجامعة الأردنية



إدارة منظمات الرعاية الصحية

الفصل الأول

مفهوم الإدارة الصحية وأهميتها وخصوصيتها

♦♦ القضايا التي تواجه الأنظمة الصحية في مختلف المجتمعات :

١- إنتاج وعدالة توزيع الخدمات الصحية .

٢- جودة الخدمات الصحية .

٣- الكلفة المتصاعدة للخدمات الصحية .

♦♦ المشكلة الحقيقية التي تواجه الأنظمة الصحية ليست مشكلة إمكانات وموارد بقدر ما هي مشكلة إدارية وتنظيمية تتعلق بكيفية توظيف واستخدام الموارد المتاحة بكفاءة وفاعلية

— الإدارة الصحية الجيدة تعني خدمات صحية جيدة والعكس صحيح .

طبيعة الإدارة الصحية :

علم تطبيقي اجتماعي يضم مزيج من علوم إدارة الأعمال والإدارة العامة والعلوم الطبية والصحة العامة والوبائيات إلخ.....

الإدارة الصحية علم أم فن ؟

- تعتبر فناً لأنها تستخدم الكثير من المهارات الإنسانية والاجتماعية التي لا يمكن قياسها كميًا.

- وتعتبر علماً متخصصاً له أصوله وقواعده يتطلب توظيف أساليب كمية ومنطقية في حل المشكلات واتخاذ القرارات ((معدل دخول المرضى / معدل الإقامة للمريض / معدل الوفيات / فترة الانتظار في العيادات الخارجية / مراقبة المخزون الطبي))

تعريف الإدارة الصحية :

((تعريف الجمعية الأمريكية للمستشفيات للإدارة الصحية)):

- تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية

تعقيدات القطاع الصحي :

١- محدودية الموارد المتاحة وكلفتها العالية وبالمقابل الطلب الكبير عليها .

٢- التوقعات العالية لمستهلك الخدمات الصحية .

٣- التصاعد المستمر في كلفة الخدمة وعدم رضا الممول عنها سواء كان حكومي أو قطاع خاص أو تأمين .

٤- تدهور وعدم رضا مقدم الخدمة وبالأخص الأطباء والمرضى لزيادة الطلب وضغط العمل وظروفه وتدني الأجور .

٥- الاعتبارات الانسانية والأخلاقيات الاجتماعية والمهنية .

خصوصية الإدارة الصحية :

- ١- الطبيعة الفردية للخدمات الصحية ((تكييفها وفقاً لحاجة كل فرد وعلى حدة)) ولا يمكن إخضاعها لمفهوم الإنتاج الكبير .
- ٢- اختلاف العمل اليومي وتشعبه للمؤسسة الصحية بسبب الطبيعة الفردية للخدمة الصحية . ((الجزء الأعظم من العمل يتم بواسطة الإنسان وليس الآلة)) .
- ٣- الدرجة العالية من التمهّن والتخصيص في القطاع الصحي .
- ٤- تعدد المؤسسات الصحية والجهات التي تقدم الخدمة الصحية وتعدد الجهات المسؤولة عنها .
- ٥- الطلب على الخدمة الصحية والحاجة لها يزداد بزيادة درجة التطور الحضاري للمجتمع .
- ٦- عدم خضوع الخدمة الطبية لقانون العرض والطلب ((العرض في القطاع الصحي يولد المزيد من الطلب)) دائماً الطلب على الخدمة الصحية أكثر من العرض وطبيعته طارئة وملحة وغير قابلة للتأجيل .

R3 ص ٢٣ :

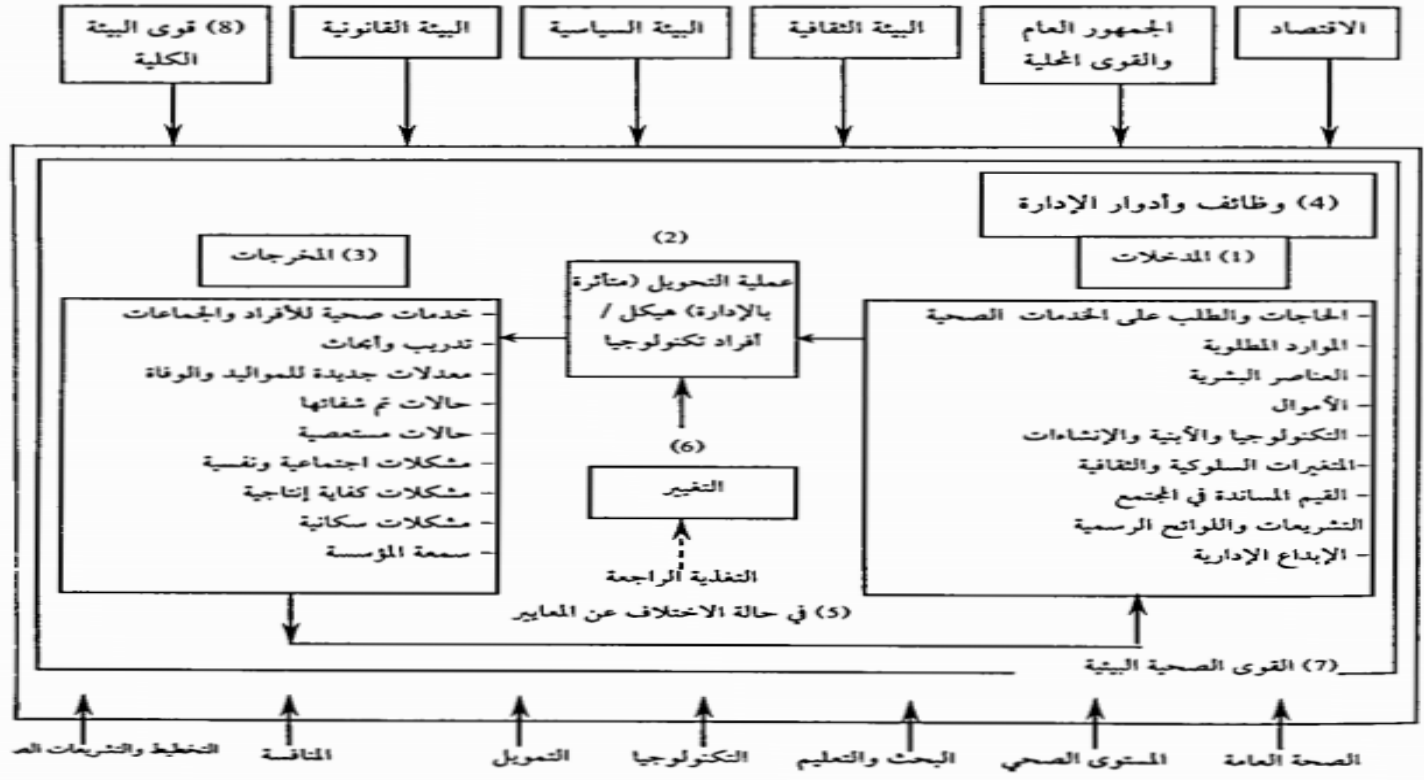
على المدير الصحي الاسترشاد بثلاثة أمور R3 :

- ١- الاستجابة Responsiveness لحاجات المستهلك الصحي .
- ٢- المسؤولية Responsibility عن وظائف التخطيط والتنظيم والرقابة وتنسيق الخدمات .
- ٣- الإصلاح والتوفيق Reconciliation بين المعارف المتعددة والضخمة والمواقف والمهارات التي تتفاعل في تشغيل النظام الصحي .

مكونات نظام الإدارة الصحية:

- ١- مدخلات: الحاجة والطلب للخدمة / الموارد المطلوبة / المتغيرات السلوكية للفرد والمجتمع / القيم المجتمعية .
- ٢- العمليات : تحويل المدخلات إلى مخرجات .
- ٣- المخرجات : تتمثل بالخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات وما يرتبط بها من نتائج نهائية ((سمعت المؤسسة مثال للمخرجات)) .

الشكل رقم (1)
نظام الإدارة الصحية



أسئلة الفصل الأول : مفهوم الإدارة الصحية وأهميتها وخصوصيتها

- أجب بصح أو خطأ:

- ١- المشكلة الحقيقية التي تواجه الأنظمة الصحية مشكلة إمكانات وموارد (ص) (خ).
- ٢- من خصائص الإدارة الصحية الطبيعة الفردية للخدمات الصحية (ص) (خ).
- ٣- من خصائص الخدمة الطبية خضوعها لقانون العرض والطلب (ص) (خ).
- ٤- تتمثل المدخلات في نظام الإدارة الصحية بالخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات وما يرتبط بها (ص) (خ).
- ٥- من التعقيدات في القطاع الصحي التوقعات المنخفضة لمستهلك الخدمات الصحية (ص) (خ)
- ٦- يمكن إخضاع الخدمة الطبية لمفهوم الإنتاج الكبير (ص) (خ).
- ٧- العرض في القطاع الصحي لا يولد المزيد من الطلب (ص) (خ).
- ٨- العمل اليومي للمؤسسة الصحية روتيني (ص) (خ).
- ٩- الجزء الأعظم من عمل المؤسسة الصحية يتم بواسطة الآلة وليس الإنسان (ص) (خ).
- ١٠- تعتبر الإدارة الصحية فناً لأنها تستخدم الكثير من المهارات الإنسانية والاجتماعية التي لا يمكن قياسها كمياً (ص) (خ).
- ١١- الإدارة الصحية الجيدة تعني خدمات صحية جيدة والعكس صحيح (ص) (خ).

- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :

- ١- المتغيرات السلوكية للفرد والمجتمع و القيم المجتمعية تعتبر: ((مدخلات / عمليات / مخرجات)) في نظام الإدارة الصحية.
- ٢- سمعة المؤسسة مثال: ((المدخلات / العمليات / المخرجات))

- أكمل الفراغ فيما يلي :

- ١- تحويل المدخلات إلى مخرجات في نظام الإدارة الصحية يسمى
- ٢- تكيف الخدمة الصحية وفقاً لحاجة كل فرد وعلى حدة تعريف لـ
- ٣- من الأساليب الكمية التي يمكن قياسها في المجال الصحي : ١-.....٢-.....٣-.....٤-.....

- أجب عن الأسئلة التالية :

- ١- على المدير الصحي الاسترشاد بثلاثة أمور (3Rs) ماهي ؟
- ٢- عرف الإدارة الصحية وفقاً للجمعية الأمريكية للمستشفيات.

الفصل الثاني

العملية الإدارية في المنظمة الصحية

- التركيز المتزايد على المؤسسات الصحية يعود إلى ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية والاتجاه المتصاعد لهذه التكلفة من جهة ومستوى نوعية هذه الخدمات من جهة أخرى.

- الخدمات الصحية بشكل عام هي ذات طبيعة خدمية تنتج وتقدم بواسطة الإنسان لذلك ٦٠-٧٠٪ من التكلفة الكلية لهذه الخدمات يذهب كأجور ومرتبوات للعنصر البشري ولذلك يتم التركيز على القطاع الصحي لتحسين وزيادة فعالية العملية الإدارية فيها بشكل يضمن حسن استغلال الموارد المتاحة لها وخاصة العنصر البشري العامل فيها.

- المشكلة التي تواجه المنظمات الصحية هي مشكلة إدارية أكثر منها مشكلة إمكانات وموارد.

الخصائص المميزة للمدير الصحي :

هناك علامتان مميزتان للمدير وبدونهما لا يمكن أن يكون مدير بالمعنى الحقيقي لكلمة المدير :

١- امتلاكه للمهارات الإدارية وهي العامل الأول المميز للمدير ((الوظائف الإدارية : تخطيط ؛ تنظيم ؛ توظيف ؛ توجيه ؛ رقابة)).

٢- امتلاكه للسلطة والصلاحيات التي تمكن من القيام بمهام وواجبات مركزه الإداري.

أنواع المدراء في المؤسسة الصحية :

١- الإدارة العليا Senior : يضم المدراء الذي يتعاملون مع قضايا تتعلق بالسياسة العليا للمنظمة وتمتد مسؤوليتهم على أجزاء من المنظمة.

٢- الإدارة الوسطى Middle: يعرف بالمستوى الإداري والتنسيقي وتقتصر مسؤوليتهم على أجزاء من المنظمة.

٣- الإدارة الإشرافية First Line : ويعرف بمستوى التشغيل وتنحصر مسؤوليته على الشعبة أو جماعة العمل.

هناك ٣ أنواع من المهارات الضرورية لممارسة العمل الإداري وهي :

١- المهارات الفكرية: تزداد حاجة المدير لها كلما ارتقى مركزه الإداري في الهيكل التنظيمي.

٢- المهارات الإنسانية: يحتاجها كل المدراء من أجل تحفيز وقيادة المرؤوسين على أجزاء من المنظمة.

٣- المهارات الفنية: يحتاجها المدير بشكل متزايد كلما انخفض موقعه في الهيكل التنظيمي.

تعريف الإدارة في المنظمة الصحية :

عملية تتضمن القيام بوظائف ذات طبيعة فنية واجتماعية وأنشطة وأدوار مرتبطة بهذه الوظائف والتي تحدث في بيئة

رسمية من أجل تحقيق أهداف مستقبلية محددة ومن خلال استعمال وتوظيف الموارد البشرية والمادية المتاحة.

الوظائف الإدارية الأساسية : التخطيط واتخاذ القرار؛ التنظيم؛ التوظيف؛ التوجيه؛ الرقابة

جميع هذه الوظائف يقوم بها كل المدراء الصحيين في التنظيم بغض النظر عن موقعهم في الهيكل التنظيمي.

وظائف ثانوية : التكامل والتنسيق

الوظائف الإدارية في المنظمة الصحية:

- لا يوجد اتفاق على الوظائف الإدارية من حيث عددها وتسمياتها.

الوظيفة الإدارية في المنظمة الصحية :

عملية يجب النظر إليها بجانبها الإنساني والفني والتي يتم من خلالها يتم إنجاز أهداف المنظمة الصحية المرسومة

باستخدام الموارد البشرية والمادية والتكنولوجية المتاحة.

-يمكن النظر لهذه العملية كعلاقة بين المدخلات والمخرجات.

الوظائف:

أولاً : التخطيط:

-الوظيفة الأساسية الأولى .

-تحدد بشكل مسبق ما يجب عمله وتضع الأساس لعملية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي.

تتألف من :

١- تحديد الأهداف.

٢- وضع السياسات والإجراءات وأساليب تنفيذ أنشطة التنظيم.

-لا تنتهي بوضع الخطوط الأولية والانتقال لممارسة بقية الوظائف الإدارية فهي عملية مستمرة.

== أهمية التخطيط في منظمات الرعاية الصحية:

١- تركيز الانتباه على الأهداف : التخطيط هو الوظيفة التي تمكن المنظمات من تقرير الاتجاه الذي ستسير فيه ومن ثم توفير الإمكانيات والوسائل وتوجيهها إلى الغايات المرسومة لها.

٢- تقليل عنصر المخاطرة وعدم التأكد : بيئة القطاع الصحي في تغير مستمر وهذا يتطلب النظر إلى المستقبل ومحاولة رؤية هذه المتغيرات للتخطيط لها لتقليل المخاطر والمفاجآت.

٣- احتواء التكلفة وتحقيق اقتصاديات التشغيل : التخطيط الجيد يضمن توجيه كافة أنشطة التنظيم نحو غايات وأهداف ونتائج مرسومة سلفاً وبذلك يتجنب التنظيم المداخل العشوائية غير المدروسة في تنفيذ الأنشطة وعليه يتم خفض تكلفة إنجاز الأنشطة وتحقيق اقتصاديات التشغيل لكافة أنشطة التنظيم.

٤- تسهيل عملية الرقابة :

وظيفة التخطيط هي التي تزودنا بالمعلومات والبيانات اللازمة لوضع وتحديد المقاييس والمعايير التي تستخدم لمقارنة النتائج الفعلية مع المحددة سلفاً.

ثانياً: التنظيم:

تعريفه / تجميع العناصر البشرية والمادية المتاحة ضمن وحدات ودوائر تنظيمية يمكن توجيهها باتجاه تحقيق أهداف التنظيم.

يحدد المدير الأنشطة المختلفة التي يجب القيام بها ويجمع هذه الأنشطة في مجموعات متميزة على شكل دوائر ' أقسام ' فرق عمل ثم يقسم عمل هذه المجموعات إلى مهام وواجبات فردية ويعرف ويوضح العلاقات بين هذه الأعمال المختلفة والمتعددة.

--تتألف وظيفة التنظيم من :

١- تصميم الهيكل التنظيمي.

٢- تحديد خطوط السلطة والمسؤولية والعلاقات بين الرؤوسين بشكل واضح.

٣- التفويض.

ثالثاً: التوظيف :

تعني مسؤولية المدير عن حشد واستخدام الموظفين الجدد المؤهلين لملء المراكز الوظيفية المتعدد والمختلفة في التنظيم -- لا تقتصر هذه الوظيفة على الاختيار والانتقاء بل تشمل كذلك التدريب ورفع الكفاءة والترقية وتقييم الأداء ووضع نظام للأجور والمرتبات.

رابعاً: التوجيه :

- هي توجيه الجهود وحفز العاملين لتنفيذ الخطط.
- تدور حولها كافة أنشطة التنفيذ وهي جوهر كافة عمليات التشغيل.

تتضمن :

- ١- حفز المرؤوسين لتحقيق الأهداف المرسومة لوظائفهم.
- ٢- توجيه وإرشاد المرؤوسين.
- ٣- الإشراف على تنفيذ الأنشطة.
- ٤- رفع معنويات العاملين وإنتاجيتهم وإشباع احتياجاتهم.
- ٥- الاتصالات بين أعضاء التنظيم.

خامساً: الرقابة :

تعريفها: التأكد من أن الأعمال تسير كما هو مخطط لها وأن الأهداف المرسومة قد تم إنجازها وتصحيح الانحراف.

تتألف من :

- ١- وضع المقاييس والمعايير.
- ٢- قياس الإنجازات ومقارنة النتائج الفعلية مع المقاييس والمعايير.
- ٣- تصحيح الانحرافات عن المعايير.
- ٤- مراجعة وتنقيح الخطط والأهداف حال الضرورة.

** لا يوجد خط فاصل بين الوظائف الإدارية الخمس يبين أين تنتهي إحداها لتبدأ الأخرى ولكن وظيفة التخطيط يجب أن تأتي أولاً فبدون الخطط لا يستطيع المدير أن ينظم ويوظف ويوجه ويراقب.

عمومية الوظائف الإدارية الخمس : عامة لكافة المدراء بغض النظر عن المراكز الوظيفية التي يشغلونها داخل التنظيم الواحد.... إلا أن الوقت والجهد الذي يصرفه كلاً منهم على هذه الوظائف يختلف حسب الموقع في السلم الإداري للمنظمة // مثال : مدير المنظمة يصرف وقت وجهد أكبر على وظيفتي التخطيط والتنظيم ووقت وجهد أقل على وظيفة التوظيف والتوجيه والرقابة والعكس صحيح لرئيس قسم ما في المنظمة.

الأدوار التي يقوم بها المدير الصحي :

بالإضافة للوظائف الإدارية هناك أنشطة ووظائف أخرى يمكن وضعها في ٣ مجموعات رئيسية:

(أ) أدوار تتعلق بالعلاقات بين الأشخاص : Interpersonal role :

١- الرئاسة الرمزية Figurehead : الأدوار الاحتفالية والرمزية ... قص شريط الحفل ...استقبال وفد ...تراس حفلة تكريم ... الخ

٢- ضابط الارتباط : Liaison :

-التنسيق بين الدوائر المختلفة في المنظمة.

-الاتصالات مع المنظمات الأخرى والمدراء الصحيين الآخرين ((بشكل رسمي أو غير رسمي))

-الاتصال مع المنظمات المهنية مثل النقابات وغيرها....

٣- دور القائد Leader :

-حفز وقيادة المرؤوسين

-التأثير على سلوكيات المرؤوسين إيجابياً....

(ب)- دور صانع القرارات: Decision maker

-عrab أو مهندس التغيير. Change agent

-حلال المشاكل بين العناصر العاملة. Disturbance handler

-موزع الموارد والإمكانات ((البشرية - المالية - المادية)) Resource allocator .

-المفاوض ((مع الأقسام والقوى عند توزيع الموارد أو عند حل المشاكل والصراعات وعند التغيير)).

(ج)- مصدر او مركز المعلومات : Information role

-الرقيب Monitor .

-ناشر المعلومات Disseminator .

-الناطق الرسمي : إلقاء الخطب والمحاضرات في المجتمع الخارجي ((ممثل للمنظمة)).

** تتأثر العملية الإدارية في المنظمات الصحية بالتدخلات والضغوط التي يمارسها أصحاب المصالح من مرضى وشركات تأمين وصناديق الضمان الاجتماعي لجهات دافعة لكلفة الخدمة الصحية.

عناصر النموذج الإداري للمنظمة الصحية :

١- المدخلات :

موارد الطاقة البشرية ، المواد ، التكنولوجيا ، الأجهزة الطبية والمعدات ، المعلومات ، رأس المال ، المرضى

** المعلومات التي يحتاجها المدير لاتخاذ القرارات تشمل معلومات :

أ- داخلية :

معلومات عن المرضى ؛ التقارير اليومية للأنشطة؛ البرامج ؛ الموازنات العامة ؛ الخطط العملياتية والاستراتيجية.

ب- خارجية :

التشريعات الحكومية ؛ السياسة الصحية للدولة ؛ آراء المستثمرين والمستفيدين ؛ المعلومات الاقتصادية ؛ الخطط المستقبلية.....

-المرضى هم المادة الخام التي يراد تحويلها إلى مجموعة من الأصحاء

٢- المخرجات :

المخرجات على مستويين :

أ- مستوى الأفراد ب- مستوى المنظمة >>>نتائج الأداء

تتضمن أهداف المنظمة ؛ رعاية المرضى ؛ خدمة مستهلكي الرعاية الصحية ؛ جودة الرعاية الصحية ؛ تقديم الرعاية بأسعار مقبولة وتكاليف معقولة ؛ تلبية مطالب أصحاب المصالح؛ المشاركة في التعليم الطبي.

-يقوم مجلس الإدارة بوضع الإطار العام لتحديد أهداف المنظمة.

يقوم مدراء الإدارات الوسطى والوظيفية بوضع الأهداف الفرعية التي تنبثق عن الأهداف الرئيسية.

-الأهداف المتعددة للمنظمة تختلف في أهميتها وتتنوع مع الوقت.

>>تبقى الرعاية الطبية المميّزة هي الهدف الرئيس والمهم.

٣- عملية التحويل والتكامل Conversion / Integration :

-نشاط إداري داخلي.

-تتألف من (١) الهيكل التنظيمي (٢) التكنولوجيا (٣) المهام المراد إنجازها (٤) العنصر البشري.

-تحدث هذه العملية عندما يقوم المدراء بإحداث التكامل والدمج بين هذه العناصر الأربعة.

٤- التغيير والتحسين المستمر : Change and continuous improvement يقوم المدراء بالتغيير من خلال التغذية الراجعة عند عدم مطابقة النتائج مع الأهداف ؛ ينصب التغيير على عملية التحويل أو على عملية المدخلات أو

كليهما.

--حتى عند تحقيق الأهداف فإن فلسفة التحسين المستمر في الخدمات الصحية تتطلب الاستمرار في تقويم أنشطة وعمليات المنظمة الصحية لضمان التحسين المستمر للنتائج ولعملية التحويل وللمدخلات.

٥- **البيئة الخارجية External Environment**: البيئة الصحية نظام اجتماعي مفتوح وتعمل ضمن البيئة الخارجية الكلية.

-تتأثر المنظمات الصحية بالبيئة الخارجية حيث تزودها بالمدخلات المطلوبة وتؤثر في بيئتها الخارجية الكلية.
-يمكن للمدراء أن يؤثروا ويغيروا في البيئة الخارجية وذلك بالاتصال الفعال وعمل الاتفاقيات مع الممولين والمنتفعين وشركات التأمين إلخ

٦- **البيئة الكلية Macro Environment**: تتكون من النظم الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والأخلاقية والقانونية والسياسية والبيئة العامة مثل ((المستثمرون...المستفيدون Stakeholdersالانقلابات.....))

٧- **بيئة الرعاية الصحية** : من أكثر البيئات أهمية وتأثيراً مباشراً على المنظمة الصحية.

-من القوى الهامة المؤثرة في بيئة الرعاية الصحية Health care Environment التنظيمات النقابية والمهنية للكادر الصحي ... وجمعيات المستشفيات والمنتفعين بخدمات المنظمة كالمريض ومؤسسات الأعمال وشركات التأمين الصحي وهيئات الترخيص وهيئات اعتماد المنظمات الصحية ومؤسساتك تطوير التكنولوجيا والأدوات الطبية.... والتعليم الطبي والصحيوصحة البيئة والنظافة العامة والتلوث والحوادث وغيرها....

--الظروف التي يعمل فيها المدير الصحي ومن خلالها صعبة ومعقدة وتتصف بدرجة عالية من النزاع والصراع والتوقعات العالية للمرضى والعاملين والممولين والمتعاملين مع المنظمة الصحية والجهات التشريعية والقانونية إضافة إلى التغيير السريع في الصناعة الصحية وندرة الموارد.....

أسئلة الفصل الثاني: العملية الإدارية في المنظمة الصحية

- أجب عن الأسئلة التالية :

١- كيف يتجنب التنظيم المداخل العشوائية غير المدروسة في تنفيذ الأنشطة؟

٢- ما هي الأدوار التي يقوم بها المدير الصحي؟

٣- عدد عناصر النموذج الإداري للمنظمة الصحية.

٤- الوقت والجهد الذي يصرفه المدراء على الوظائف الإدارية يختلف حسب الموقع في السلم الإداري للمنظمة. وضح ذلك بمثال.

٥- ما هو العامل الأول والمميز لكل مدير ؟

٦- أذكر أنواع الإدارات في المؤسسة الصحية.

- أجب بصح أو خطأ:

١- ٦٠-٧٠٪ من التكلفة الكلية للخدمات الصحية يذهب كأجور ومرتبوات للعنصر البشري (ص) (خ).

٢- العامل الأول المميز للمدير امتلاكه للسلطة والصلاحيات التي تمكن من القيام بمهام وواجبات مركزه الإداري. (ص) (خ).

٣- المهارات الفكرية يحتاجها كل المدراء من أجل تحفيز وقيادة المرؤوسين على أجزاء من المنظمة. (ص) (خ).

٤- المهارات الإنسانية: يحتاجها المدير بشكل متزايد كلما انخفض موقعه في الهيكل التنظيمي. (ص) (خ).

٥- التكامل والتنسيق من الوظائف الإدارية الأساسية (ص) (خ).

٦- جميع الوظائف الإدارية الأساسية يقوم بها كل المدراء الصحيين في التنظيم بغض النظر عن موقعهم في الهيكل التنظيمي (ص) (خ).

٧- التوظيف من الوظائف الإدارية الأساسية (ص) (خ).

٨- يوجد اتفاق على الوظائف الإدارية من حيث عددها وتسمياتها (ص) (خ).

٩- يمكن النظر للوظيفة الإدارية في المنظمة الصحية كعلاقة بين المدخلات والمخرجات (ص) (خ).

١٠- التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي هو الوظيفة الأساسية الأولى (ص) (خ).

١١- يقتصر التوظيف على الاختيار والانتقاء (ص) (خ).

١٢- التوجيه يقلل عنصر المخاطرة وعدم التأكد (ص) (خ).

١٣- يوجد خط فاصل بين الوظائف الإدارية الخمس يبين أين تنتهي إحداها لتبدأ الأخرى (ص) (خ).

١٤- تتضمن وظيفة التوجيه الإشراف على تنفيذ الأنشطة (ص) (خ).

١٥- الوقت والجهد الذي يصرفه المدراء على الوظائف الإدارية الخمس يختلف حسب الموقع في السلم الإداري للمنظمة (ص) (خ).

١٦- الرئاسة الرمزية من الأدوار التي يقوم بها المدير الصحي (ص) (خ).

١٧- وظيفة التخطيط تنتهي بوضع الخطوط الأولية والانتقال لممارسة بقية الوظائف الإدارية (ص) (خ).

١٨- لا تتأثر العملية الإدارية في المنظمات الصحية بالتدخلات والضغوط التي يمارسها أصحاب المصالح (ص) (خ).

١٩- الخطط العملياتية والاستراتيجية تعتبر من المعلومات الخارجية التي يحتاجها المدير لاتخاذ القرارات (ص) (خ).

٢٠- تتضمن أهداف المنظمة تلبية مطالب أصحاب المصالح (ص) (خ).

٢١- وضع الإطار العام لتحديد أهداف المنظمة من مهام : ((مدراء الإدارات الوسطى / مدراء الإدارات الوظيفية / مجلس الإدارة / مجلس الإدارة و مدراء الإدارات الوسطى)) (ص) (خ).

٢٢- عند تحقيق الأهداف فإن فلسفة التحسين المستمر في الخدمات الصحية لا تتطلب الاستمرار في تقويم أنشطة وعمليات المنظمة الصحية (ص) (خ).

٢٣- الأهداف المتعددة للمنظمة لا تختلف في أهميتها ولا تتغير مع الوقت (ص) (خ).

٢٤- الظروف التي يعمل فيها المدير الصحي ومن خلالها سهلة ومبسطة وتتصف بدرجة قليلة من النزاع والصراع (ص) (خ).

٢٥- وظيفة التنظيم يجب أن تأتي أولاً فبدون التنظيم لا يستطيع المدير أن يخطط ويوظف ويوجه ويراقب (ص) (خ).

- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :

١- يعرف بالمستوى الإداري والتنسيقي وتقتصر مسؤوليتهم على أجزاء من المنظمة : ((الإدارة العليا / الإدارة الوسطى / الإدارة الإشرافية / لا شيء مما سبق)).

٢- يعرف بمستوى التشغيل : ((الإدارة العليا / الإدارة الوسطى / الإدارة الإشرافية / لا شيء مما سبق)).

٣- تزداد حاجة المدير لها كلما ارتقى مركزه الإداري في الهيكل التنظيمي : ((المهارات الفنية / المهارات الإنسانية / المهارات الفكرية / المهارات الفنية و المهارات الفكرية)).

٤- هي التي تزودنا بالمعلومات والبيانات اللازمة لوضع وتحديد المقاييس والمعايير التي تستخدم لمقارنة النتائج الفعلية مع المحددة سلفاً : ((التخطيط / التوجيه / الرقابة / التنظيم / التوظيف / التخطيط والرقابة)).

٥- تضع الأساس لعملية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي : ((التخطيط / التوجيه / الرقابة / التنظيم / التوظيف / التخطيط والتنظيم)).

٦- يسهل عملية الرقابة : ((التخطيط / التوجيه / الرقابة / التنظيم / التوظيف / التخطيط والتوجيه)).

٧- تقييم الأداء من مهام وظيفة : ((التخطيط / التوجيه / الرقابة / التنظيم / التوظيف)).

٨- تجميع العناصر البشرية والمادية المتاحة ضمن وحدات ودوائر تنظيمية يمكن توجيهها باتجاه تحقيق أهداف التنظيم ((التخطيط / التوجيه / الرقابة / التنظيم / التوظيف)).

٩- مراجعة وتنقيح الخطط والأهداف حال الضرورة من مهام وظيفة : ((التخطيط / التوجيه / الرقابة / التنظيم / التوظيف)).

١٠- تتضمن حفز المرؤوسين لتحقيق الأهداف المرسومة لوظائفهم : ((التخطيط / التوجيه / الرقابة / التنظيم / التوظيف)).

١١- تتضمن رفع معنويات العاملين وإنتاجيتهم وإشباع احتياجاتهم : ((التخطيط / التوجيه / الرقابة / التنظيم / التوظيف)).

١٢- تدور حولها كافة أنشطة التنفيذ وهي جوهر كافة عمليات التشغيل : ((التخطيط / التوجيه / الرقابة / التنظيم / التوظيف)).

١٣- يقوم مدراء ((الإدارة العليا / الإدارة الوسطى / الإدارة الوظيفية / الإدارة الوسطى و الإدارة الوظيفية)) بوضع الأهداف الفرعية التي تنبثق عن الأهداف الرئيسية.

١٤- تتألف : ((المدخلات / المخرجات / عملية التحويل والتكامل / التغيير والتحسين المستمر)) من (١) الهيكل التنظيمي (٢) التكنولوجيا (٣) المهام المراد إنجازها (٤) العنصر البشري.

١٥- من أكثر البيئات أهمية وتأثيراً مباشراً على المنظمة الصحية : ((بيئة الرعاية الصحية / البيئة الكلية / البيئة الخارجية)).

- أكمل الفراغ فيما يلي :

١- الوظائف الإدارية هي : ١-..... ٢-..... ٣-..... ٤-..... ٥-.....

٢- تتألف وظيفة التنظيم من : ١-..... ٢-..... ٣-.....

٣- بالإضافة للوظائف الإدارية هناك أنشطة ووظائف أخرى للمدير الصحي يمكن وضعها في ٣ مجموعات رئيسية : ١-..... ٢-..... ٣-.....

٤- من عناصر النموذج الإداري للمنظمة الصحية المخرجات وهي على مستويين (أ)..... (ب).....

الفصل الثالث

نظام خدمات الرعاية الصحية

--توفير الرعاية الصحية وضمان الوصول لها والانتفاع بها من قبل كافة أفراد المجتمع حق أساسي لكل مواطن كما أكدت على ذلك منظمة الصحة العالمية.

-هناك علاقة وترابط بين صحة الفرد وصحة المجتمع حيث يعتمدان على بعضهما البعض ويؤثر كل منهما في الآخر << يؤدي المستوى الصحي المتدني لعرقلة الجهود في سبيل التنمية الشاملة .

تعريف النظام الصحي Health System :

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

— مكونات النظام الصحي Components of the Health System :

٤ مكونات أساسية يشكل كل منهما نظاماً فرعياً ضمن النظام الصحي.

١- نظام الإنتاج Production :

يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم على إنتاج وتقديم الخدمات الصحية والطبية.

٢- نظام الصيانة Maintenance :

يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام وإعداد وتعليم وتدريب وتأهيل العاملين في النظام الصحي للقيام بالأدوار المحددة لهم.

٣- نظام التكيف Adaptive :

يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم على رصد ومتابعة التغيير الحاصل في النظام الاجتماعي الكلي كالتغيير الحاصل في أنماط انتشار المرض Morbidity . وتكنولوجيا العلاج وطرق تمويل الخدمة الصحية

٤- نظام الإدارة:

يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام تنسيق وضبط وتوجيه أنشطة المنظمات.

*** يحدد البعض المكونات الأساسية للنظام الصحي ب ٥ عناصرص٥٦

--وظائف النظام الصحي وخدماته :

لتحقيق الهدف الرئيسي لأي نظام صحي لابد من القيام بوظيفتين رئيسيتين :

١- ضمان تقديم خدمات طبية نوعية Quality Medical Services وضمان توافرها في أماكن وجودهم حيثما أمكن.

٢- التركيز على إنقاص معدلات الوفيات وحدوث الأمراض والحوادث والإعاقات في المجتمع.

-- لتمكين النظام الصحي من القيام بهاتين الوظيفتين لابد من تقديم مجموعتين رئيسيتين من الخدمات الصحية
تشكلان معاً النظام الصحي الكلي :

((أ) خدمات وبرامج الصحة العامة الموجهة نحو المجتمع ككل أو مجموعات محددة من السكان:

١١- خدمات الارتقاء بالصحة Health Promotion :

خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الأفراد.

--تركز على العوامل غير الطبية non-medical factors لحفظ صحة الفرد وتشمل خدمات التثقيف الصحي
وأهمية الصحة الشخصية personal hygiene وصحة البيئة المنزلية.

٢-١ خدمات الصحة العامة public health services :

تهتم بصحة الأفراد كمجموعات وتشمل : السيطرة على الأمراض السارية والمعدية والقضاء عليها ؛ عزل الحالات
المصابة بالأمراض ؛ خدمات رعاية الأم والطفل ؛ الأبحاث العلمية في المجال الصحي.

٣-١ خدمات صحة البيئة environmental health services :

خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد : تهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن والسلامة
العامة وقضايا الإسكان والمسكن الصحي وتوفر الماء الصالح للشرب ؛ مكافحة الحشرات والاهتمام بالصحة المهنية
والتفتيش على المرافق الصحية ؛ والسيطرة على المواد المشعة والتخلص من النفايات.

((ب) خدمات الرعاية الطبية : تشير إلى الخدمات الصحية الشخصية ((صحة الفرد)).

-لا تقتصر على التشخيص والعلاج ((أي رعاية المرضى الذين تظهر عليهم الأعراض المرضية)) بل تشمل المدى الكامل
من الخدمات الصحية الشخصية بدءاً من خدمات ترقية الصحة والوقاية من الأمراض والاكتشاف المبكر لأعراضها
وانتهاءً بخدمات إعادة التأهيل الاجتماعي والمهني للمرضى. ((من الوقاية <<< انتهاءً بالتأهيل)).

-الرعاية الطبية أشمل من رعاية المرضى حيث تركز على المريض وغير المريض.

تعريف الصحة العالمية لمفهوم الرعاية الطبية : هي برنامج للخدمات والتي يجب أن توفر للأفراد كافة منشآت العلوم
الطبية والعلوم الطبية المساندة الضرورية لتحسين وصيانة الصحة الجسدية والعقلية والاجتماعية وكذلك توفير
العلاج للمجتمع ويجب أن يأخذ البرنامج في الاعتبار المحيط المادي والاجتماعي والأسري مع مراعاة تخفيف العجز.

تشمل خدمات الرعاية الطبية ما يلي :

١- خدمات الارتقاء بالصحة.

٢- الخدمات الوقائية.

٣- الخدمات العلاجية.

٤- خدمات إعادة التأهيل والرعاية طويلة الأجل.

٢١- : خدمات الارتقاء بالصحة :

تركز على صحة الفرد من خلال العوامل غير الطبية ... ((الغذاء الصحي , أهمية الرياضة , الراحة , النظافة الشخصية , الامتناع عن العادات الضارة)) .

-تشكل جزء من الخدمات الوقائية.

٢-٢ الخدمات الوقائية : تصنف إلى ثلاثة مستويات :

(أ) - خدمات الوقاية الأولية primary preventive :

-خدمات محددة ومباشرة يجري تخطيطها وتقديمها لوقاية الأفراد من مرض معين...

-حملات التطعيم (مثال) , خدمات حفظ الصحة.

(ب) خدمات الوقاية الثانوية تمثل secondary preventive :

-التشخيص والكشف المبكر للأمراض.

-المسح الصحي الشامل أو لعينة من المواطنين.

-الفحوصات الطبية السنوية لبعض الفئات السكانية الذي لديهم قابلية الإصابة بالأمراض.

(ج) الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة tertiary preventive :

-خدمات متخصصة تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى وضحايا الحوادث اجتماعياً ومهنياً.

٢-٣ الخدمات العلاجية : قسمين :

١- خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الخارجيين outpatients .

٢- خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الداخليين inpatients .

>>الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الداخليين تصنف إلى ٣ مستويات :

أ- خدمات الرعاية الأولية:

-تقدم عن طريق الأطباء العامون والمراكز الطبية الملحقة بالمستشفيات والعيادات الخارجية.

-تشكل نقطة الدخول وخط التماس الأول مع المرضى حيث يتم بعد ذلك تحويل الحالات المرضية التي تتطلب خدمات رعاية من مستوى أعلى.

ب- خدمات الدرجة الثانية :

خدمات متوسطة ((خدمات الأخصائيين)) تقدم من خلال العيادات الخارجية أو العيادات الداخلية للمستشفى.

ج) خدمات الدرجة الثالثة:

-خدمات متخصصة ومتطورة يجري تقديمها من خلال المراكز والمستشفيات المتخصصة.

-عادة تكون على مستوى إقليمي أو وطني لكون طلبها قليل وتكلفتها عالية.

٢-٤ : خدمات التأهيل والرعاية طويلة الأجل :

-تجرى من خلال مراكز التأهيل المتخصصة ووحدات الرعاية طويلة الأجل الملحقة بالمستشفيات.

العناصر المكونة للرعاية الطبية :

-مركب الرعاية الطبية : الأطراف المتعددة التي تساهم في إنتاج وتمويل وتقديم الرعاية الطبية.

---هناك ٥ عناصر أساسية مكونة لمركب الرعاية الطبية في أي نظام للخدمات الصحية :

١) **العنصر الشخصي :** كافة الأفراد والجماعات المنتفعين بالبرنامج الصحي أو المتوقع استخدامهم لخدمات البرنامج الصحي عند الحاجة لها.

-لابد من معرفة العدد الكلي للسكان - أماكن التواجد - الخصائص الديموغرافية المميزة لهم من حيث التوزيع العمري , الجنس , معدلات حدوث الأمراض , الوفيات , النمو , مستويات التعليم , معدل دخل الفرد أو الأسرة نوع المرض , معدلات البطالة....

-هذه العوامل تؤثر بشكل مباشر على المستوى الصحي للفرد والمجتمع.

٢) **العنصر المهني :** كافة مقدمي الخدمة الصحية من صحيين وإداريين... (فريق الرعاية الطبية health care team).

٣) **العنصر الاجتماعي أو المؤسسي :** كافة المؤسسات الصحية (العامة والخاصة) التي تنتج وتقدم خدمات الرعاية الطبية وتنقسم إلى قسمين :

١- مؤسسات خدمات المرضى الداخليين inpatient facilities : المستشفيات العامة والمتخصصة وبيوت التمريض ومراكز التأهيل....

٢- مؤسسات خدمات المرضى الخارجيين outpatients facilities :

عيادات الطب العام ...عيادات المستشفى ... غرفة الطوارئ ...المختبرات ... بنوك الدم ...الأشعة ...العلاج الطبيعي ... الأسنان وغيرها من الخدمات التي تقدم على أساس خارجي outpatients basis .

٤) **العنصر التنظيمي :** مجموعة الإجراءات والترتيبات المطلوبة لتنظيم وتنسيق الأنشطة المختلفة لفريق الرعاية الطبية ويتطلب ذلك :

أ) تحديد مستويات الرعاية الطبية.

ب) نظام تحويل فعال بين مستويات الرعاية الطبية.

ج) نظام جيد للتسجيل الصحي << ((تنظيم عملية استخدام المكان والزمان الصحيح)) .

د) تنظيم خدمات الرعاية الطبية على أساس إقليمي لضمان عدالة توزيع الموارد.

هـ) نظام قومي شامل للتأمين الصحي.

و) نظام التقويم والرقابة.

هـ) الإدارة : تعود أهمية الإدارة في مجال الخدمات الطبية إلى عدة عوامل منها :

أ) الطبيعة المعقدة والمركبة للرعاية الطبية الحديثة. ب) ندرة ومحدودية الموارد المتاحة وارتفاع تكلفتها....

مستويات الرعاية الطبية :

يختلف تنظيم خدمات الرعاية الطبية التي يوفرها النظام الصحي تبعاً لـ:

١) مدى الخدمات المقدمة ودرجة تعقيدها scope & complexity.

٢) المدخل المحدد للفرد للدخول للنظام الصحي عند حاجته للخدمة first contact .

٣) نظام تحويل المرضى من مستوى لآخر داخل النظام الصحي.

>>هناك ٤ مستويات أساسية للرعاية الطبية في أي برنامج منظم وجيد للرعاية الطبية.

١) خدمات الرعاية الأولية :

-تقدم بواسطة الأطباء العاملين في المراكز الصحية والمستوصفات والعيادات.

-نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي.

-يعتبر الطبيب العام مسؤولاً عن تنسيق عملية معالجة الحالات مع مستوى الرعاية الأعلى.

-الطبيب العام ليس بالضرورة الشخص الوحيد الذي يمكنه تقديم الخدمة بل يمكن لمساعدى الأطباء medical

assistance ... والمرضى بعد تلقي التدريب المناسب أن يقوموا بذلك كما في أمريكا.....

٢) خدمات الرعاية الثانوية :

-خدمات متوسطة (خدمات الأخصائيين العاميين general specialist).

-تقدم الخدمة من خلال العيادات الخارجية أو الأقسام الداخلية في المستشفى.

٣) خدمات الرعاية الثلاثية:

-خدمات على درجة عالية من التخصص الدقيق super specialist services.

-يتم التعامل مع حالات مختارة محولة من قبل الأطباء الأخصائيين في الرعاية الثانوية.

٤) خدمات الرعاية الوطنية national care ((الخدمات الممتازة)):

- خدمات كبار الأطباء الاستشاريين من ذوي التخصصات العالية والخبرات العملية.
- يتم توفير هذه الخدمات من خلال مراكز صحية على المستوى الوطني أو الإقليمي.
- الطلب عليها محدود وتكلفتها عالية.

-تقوم المراكز التي تقدم هذه الخدمة بمهام البحث العلمي.

**** يضيف البعض مستوى آخر وهو مستوى الرعاية الذاتية وهو قيام الفرد برعاية نفسه دون اللجوء إلى خدمات الطبيب. <<< شراء الأدوية البسيطة مباشرة من الصيدلية، مساعدة الأصدقاء ... - الطب الشعبي.**

-- أركان جودة الرعاية الطبية : ٦ أركان تمثل جوهر الجودة في الرعاية الطبية....

١) تواجده الخدمات availability of services :

-يتم قياس تواجده الخدمات عادة بمفاهيم كمية على شكل نسب بين عدد السكان في منطقة الخدمة وعدد المؤسسات والعناصر البشرية المهنية مثال :

نسبة عدد الأطباء لكل ١٠٠٠ من السكان

نسبة عدد الأسرة لكل ١٠٠٠ من السكان

-هذا المعيار لا يأخذ في الاعتبار عدالة توزيع المؤسسات الصحية والعناصر البشرية.

٢) سهولة منال الخدمة accessibility of services :

-يشير إلى المدى المتوقع لاستعمال الأفراد للخدمات الموجودة مع الأخذ في الاعتبار العوائق التي قد تحد من استعماليتهم لها. ((العوائق قد تكون تنظيمية ، مادية ، مالية، اجتماعية، نفسية....)).

-- لضمان سهولة منال الخدمة لابد من توفير الخدمات في أماكن التواجد وضمان وصول كل فرد للخدمة وإزالة أي عوائق تحد من وصول الفرد للخدمة كما هي موضحة أدناه :

ج- إزالة أية عوائق قد تحد من وصول الفرد للخدمة والانتفاع بها سواء أكانت عوائق مالية، تنظيمية، مادية (Physical) أو اجتماعية وبشكل خاص العائق المالي الذي يحول دون استعمال الكثيرين من الأفراد للخدمة والانتفاع بها. سيما وأن تكلفة الرعاية الطبية الحديثة مرتفعة جداً وتخرج عن حدود المقدرة المالية للغالبية العظمى من الأفراد مما يجعلها امتيازاً للقلة وليس حقاً للغالبية الأمر الذي يتطلب توزيع أعباء التكلفة المرتفعة والمتصاعدة للرعاية الطبية الحديثة بشكل عادل ومتوازن بين أفراد المجتمع كل حسب قدراته وإمكاناته. ولعل التأمين الصحي الشامل يعتبر أفضل وسيلة بهذا الخصوص لضمان المساواة والعدالة الاجتماعية في استعمال الخدمات والانتفاع بها.

ويشير العائق التنظيمي إلى خلل في تنظيم وتنسيق خدمات الرعاية الطبية مما قد يؤدي إلى عدم معرفة الفرد للمكان الصحيح الذي يتوجب عليه التوجه له للحصول على الخدمة ومن هو مزود الخدمة الأفضل لتلبية حاجته الصحية. الأمر الذي ينتج عنه تأخر الفرد وإهماله في طلب الخدمة أو تشخيص وعلاج حالته من قبل المهني غير المناسب أو إحالته إلى مصدر الخدمة غير المناسب لحالته. ولضمان وصول الفرد إلى الخدمة في المكان والزمان الصحيح لا بد من تحديد نقطة الدخول الأولى لخدمات الرعاية الطبية Point of entry والمصدر المركزي للرعاية لكل فرد Central source ومن المتعارف عليه أن الطبيب العام في مستوى الرعاية الأولية هو نقطة الدخول الأولى والأفضل والمصدر المركزي لرعاية الفرد. حيث يقوم بتقويم حالة المريض وتقرير مدى حاجته لخدمات الرعاية الطبية ومعالجة الحالة في حدود معارفه ومهاراته وفي حدود ما تسمح له التشريعات المنظمة لذلك ومن ثم التنسيق مع مستويات الرعاية الطبية الأعلى حسب ما تقتضيه الحاجة الطبية.

ويشير العائق المادي physical Barrier إلى عدم تمكن الفرد من الوصول للخدمة والانتفاع بها لجملة من الأسباب ومن أهمها

أ- عدم توفر الخدمة بالكم الكافي لتلبية الاحتياج إضافة إلى عدم توفر بعضها في جميع الأوقات التي قد تحتاج فيها.

ب- سوء توزيع الخدمة بين المناطق الجغرافية المختلفة وعدم مراعاة الكثافة السكانية وحجم الاحتياج في هذه المناطق.

ج- عدم توفر الطرق ووسائل المواصلات المناسبة للوصول إلى مراكز الخدمات. ويعتبر هذا العائق أحد أهم العوامل التي تؤثر على درجة استعمال الفرد للخدمة مما يقتضي توفير الخدمة بالكم المطلوب لتلبية الاحتياج وفي جميع الأوقات التي تطلب فيها الخدمة، وضمان عدالة توزيع هذه الخدمات بين المناطق المختلفة وتوفير طرق ووسائل المواصلات اللازمة للوصول إلى هذه الخدمات.

أما العائق الاجتماعي فيشير إلى العادات والتقاليد الاجتماعية والمواقف والقيم والآراء الفردية والاجتماعية فيما يتعلق بمفاهيم الصحة والمرض والخدمات الصحية

الفصل الثالث

والتي قد تحد من سعي الفرد للحصول على الخدمة كما تشير أيضاً إلى عدم معرفة الفرد وجهله فيما يتعلق بكيفية الحصول على الخدمة، والمكان والزمان الصحيح للحصول عليها. وهنا يأتي التثقيف والتوعية الصحية للأفراد كوسيلة فاعلة لإزالة مثل هذه العوائق الاجتماعية والثقافية والمعرفية والتي قد تحد من اهتمام الفرد وسعيه في الحصول على الخدمة والانتفاع بها.

(٣) **شمولية الرعاية** comprehensiveness of services :

يعني توفير خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة.

-التعامل مع المريض كشخص وليس كنظام بيولوجي فقط ((أي التعامل مع مشاكل المريض الاجتماعية والعاطفية والعقلية.....))

٤) **استمرارية الرعاية** continuity of services :

يشير إلى المدى الذي يتم معه تلقي المريض لخدمات الرعاية الطبية بشكل منسق وبتتابع مستمر وبما ينسجم مع حاجة المريض للرعاية الطبية بمستوياتها المختلفةص٧٩

٥) **كفاءة الخدمة** efficiency of services :

يشير إلى حسن تنظيم الموارد المتاحة للقطاع الصحي واستخدامها بشكل أمثل لتحقيق الأهداف المحددة.

- يعتبر تخطيط وتنظيم وتمويل الخدمات على أساس إقليمي regionalization of health services أفضل المداخل لضمان كفاءة الخدمات وذلك لضمان عدالة وتوزيع وتمويل الخدمات الصحية وتحقيق أقصى درجة من التنسيق والتعاون بين المستويات المختلفة وتجنب ازدواجية الخدمات والاستثمار غير الضروري فيها***.

٦) **جودة الخدمات** quality of services : يتضمن :

أ) **فنية الرعاية** technicality care :

الجانب المعرفي والتكنولوجي المتوفر للرعاية الطبية والتقنيات والأساليب المستعملة في الرعاية الطبية.

ب) **فن الرعاية** ((الجانب السلوكي)) art of care :

يشير إلى سلوكيات مزودي الخدمات وفت تعاملهم مع مستهلكي خدمات الرعاية الطبية.

****تأثير جودة الرعاية** بعدة عوامل منها :

أ) الكفاءة المهنية لمزودي الخدمات الطبية ((العلمية , العملية , المهارات)) .

ب) مدى توفر خدمات الرعاية الطبية بالكم والكيف المطلوب بمستوياتها المختلفة.

ج) مدى توفر الأجهزة والمعدات والمستلزمات الضرورية للرعاية الطبية.

د) مدى التركيز على الجانب السلوكي للرعاية الطبية وأهمية التعامل مع المريض كشخص بكليته وليس كنظام بيولوجي فقط وهو ما يعرف ب: ((شخصنة الرعاية)) كون النظام الاجتماعي والنفسي والاقتصادي والثقافي للفرد لا يؤثر فقط على صحته بل يؤثر ككل على سلوكياته ومواقفه فيما يتعلق بالصحة والمرض وعلى سلوك طلب الخدمة أو عدم طلبهاوتفهم الفرد لعملية العلاج.

أسئلة الفصل الثالث: نظام خدمات الرعاية الصحية

- أجب بصح أو خطأ:

- 1- توفير الرعاية الصحية وضمان الوصول لها والانتفاع بها من قبل كافة أفراد المجتمع ليس حق أساسي لكل مواطن كما أكدت على ذلك منظمة الصحة العالمية (ص) (خ).
- 2- هدف النظام الصحي ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع (ص) (خ).
- 3- لتحقيق الهدف الرئيسي لأي نظام صحي لا بد أن يركز على إنقاص معدلات الوفيات وحدوث الأمراض (ص) (خ).
- 4- خدمات الارتقاء بالصحة ضمن برامج الصحة العامة تركز على العوامل غير الطبية لحفظ صحة الفرد (ص) (خ).
- 5- تشمل خدمات الصحة العامة رعاية الأم والطفل والأبحاث العلمية في المجال الصحي (ص) (خ).
- 6- تقتصر خدمات الرعاية الطبية على التشخيص والعلاج (ص) (خ).
- 7- الرعاية الطبية تركز على المريض وغير المريض (ص) (خ).
- 8- تصنف الخدمات الوقائية إلى أربعة مستويات (ص) (خ).
- 9- المسح الصحي الشامل أو لعينة من المواطنين مثال للخدمات الوقائية الأولية (ص) (خ).
- 10- التشخيص والكشف المبكر للأمراض مثال للخدمات الوقائية الثانوية (ص) (خ).
- 11- الإدارة تمثل مجموعة الإجراءات والترتيبات المطلوبة لتنظيم وتنسيق الأنشطة المختلفة لفريق الرعاية الطبية (ص) (خ).
- 12- تنظيم خدمات الرعاية الطبية على أساس إقليمي من متطلبات العنصر التنظيمي أحد عناصر الرعاية الطبية (ص) (خ).
- 13- يمكن لمساعدى الأطباء والممرضين تقديم خدمات الرعاية الأولية (ص) (خ).
- 14- يتم قياس تواجد الخدمة الصحية عادة بمفاهيم نوعية (ص) (خ).
- 15- معيار تواجد الخدمات الصحية يأخذ في الاعتبار عدالة توزيع المؤسسات الصحية والعناصر البشرية (ص) (خ).
- 16- يعتبر تخطيط وتنظيم وتمويل الخدمات على أساس إقليمي أفضل المداخل لضمان كفاءة الخدمات الصحية (ص) (خ).
- 17- التعامل مع المريض كشخص وليس كنظام بيولوجي فقط (ص) (خ).
- 18- فنية الرعاية يشير إلى سلوكيات مزودي الخدمات وفت تعاملهم مع مستهلكي خدمات الرعاية الطبية (ص) (خ).

- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :

- 1- يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام وإعداد وتعليم وتدريب وتأهيل العاملين في النظام الصحي للقيام بالأدوار المحددة لهم ((نظام التكيف / نظام الإنتاج / نظام الصيانة / نظام الإدارة)) .
- 2- الاهتمام بالصحة المهنية والتفتيش على المرافق الصحية ضمن خدمات : ((الصحة العامة / صحة البيئة / الارتقاء بالصحة / أ+ب)).
- 3- تشير إلى الخدمات الصحية الشخصية ((صحة الفرد)) : ((الصحة العامة / صحة البيئة / الارتقاء بالصحة / خدمات الرعاية الطبية)).
- 4- الفحوصات الطبية السنوية لبعض الفئات السكانية الذي لديهم قابلية الإصابة بالأمراض مثال على الخدمات الوقائية ذات الدرجة ((الأولية / الثانوية / الثالث)).

٥- كافة مقدمي الخدمة الصحية من صحيين وإداريين... تمثل العنصر: ((الشخصي / المهني / الإدارة / المؤسسي / التنظيمي)) من عناصر الرعاية الطبية .

٦- يشير إلى المدى المتوقع لاستعمال الأفراد للخدمات الموجودة : ((تواجد الخدمات / شمولية الرعاية / سهولة منال الخدمة / كفاءة الخدمة / استمرارية الرعاية)) .

٧- يشير إلى حسن تنظيم الموارد المتاحة للقطاع الصحي واستخدامها بشكل أمثل لتحقيق الأهداف المحددة : ((تواجد الخدمات / شمولية الرعاية / سهولة منال الخدمة / كفاءة الخدمة / استمرارية الرعاية)) .

٨- الجانب المعرفي والتكنولوجي المتوفر للرعاية الطبية والتقنيات والأساليب المستعملة في الرعاية الطبية. : ((فن الرعاية / فنية الرعاية)) .

- أكمل الفراغ فيما يلي :

١- من مكونات النظام الصحي يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم على رصد ومتابعة التغيير الحاصل في النظام الاجتماعي الكلي كالتغيير الحاصل في أنماط انتشار المرض . وتكنولوجيا العلاج وطرق تمويل الخدمة الصحية نظام

٢- لتحقيق الهدف الرئيسي لأي نظام صحي لابد من القيام بوظيفتين رئيسيتين :

١-.....٢-.....

٣- هناك مجموعتان رئيسيتان من الخدمات الصحية تشكلان معاً النظام الصحي الكلي : ١-.....٢-.....

٤- تشمل خدمات الرعاية الطبية : ١-.....٢-.....٣-.....٤-.....

٥- الخدمات العلاجية قسمين هما : ١-.....٢-.....

٦-.....خدمات رعاية طبية تقدم من خلال العيادات الخارجية أو العيادات الداخلية للمستشفى .

٧- خدمات كبار الأطباء الاستشاريين من ذوي التخصصات العالية والخبرات العملية: ((خدمات الرعاية الثانوية / خدمات الرعاية الثلاثية / خدمات الرعاية الوطنية / الخدمات الممتازة / ج+د)).

٨- مستوى هو قيام الفرد برعاية نفسه دون اللجوء إلى خدمات الطبيب.

٩- تتأثر جودة الرعاية بعدة عوامل منها : ١-.....٢-.....

٣-.....٤-.....

- أجب عن الأسئلة التالية :

١- عرف النظام الصحي .

٢- اذكر مكونات النظام الصحي .

٣- اذكر تعريف منظمة الصحة العالمية لمفهوم الرعاية الطبية .

٤- عدد العناصر المكونة للرعاية الطبية.

٥- هناك ٤ مستويات أساسية للرعاية الطبية في أي برنامج منظم وجيد للرعاية الطبية ما هي؟

٦- عدد أركان جودة الرعاية الطبية.

٧- ما ذا يعني مصطلح شخصنة الرعاية وما تأثيره على المريض ؟

٨- اذكر بعض العوائق التي تحد من وصول الفرد للخدمة مع ذكر طرق إزالتها .

الفصل الرابع

تنظيم المستشفى ووظائفه

العناصر المكونة للهيكل الإداري :

-مجلس الإدارة :

-السلطة العليا ((قمة الهيكل الإداري)) .

-ممكن يسمى ((مجلس الأمناء ...مجلس المدراء ...مجلس المحافظين ...أو الحكام ...))

-مهمته :

التأكد من أن المستشفى يقدم أعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية بأقل كلفة ممكنة وبما يحقق كفاءة التشغيل

-للقيام بهذا الواجب يفوض المجلس السلطة لمدير تنفيذي يختاره ويكون مسؤولاً فقط أمام المجلس عن إدارة المستشفى

وتحقيق الأهداف المرسومة . ويمكنه الاستعانة بمدير مساعد ويختار رؤساء مؤهلين للدوائر والأنشطة المختلفة.

**الدوائر في المستشفى العام تقسم إلى مجموعتين رئيسيتين :

(أ) **الدوائر الفنية :**

هي الدوائر التي تقدم خدمات الرعاية الفنية للمرضى ومصابي الحوادث وتشمل الدوائر الطبية والجراحية وخدمات

الصيدلانية والتمريض والغذاء الطبي والخدمات ذات الطبيعة الطبية الإدارية كالخدمات الاجتماعية الطبية

وخدمات الملفات والتوثيق الطبي وخدمات إدخال وتخريج المرضى.

(ب) **دوائر الخدمات الإدارية :**

-هي الخدمات ذات الطبيعة غير الطبية وتساعد المجموعة الأولى.

-تشمل إدارة الموارد البشرية والإدارة المالية والمشتريات والتخزين والعلاقات العامة وخدمات الصيانة والمغسلة والتدبير

المنزلي.....

-للقيام بمسؤولية تقديم خدمات الرعاية الطبية وتقويم جودة هذه الخدمات يعتمد مجلس الإدارة على الهيئة الطبية

ويفوضها مسؤولية تقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية وتقوم الهيئة بتنظيم نفسها من خلال دوائر

متخصصة تبعاً لحجم الأنشطة والخدمات التي يقدمها المستشفى من خلال لجان وظيفية متخصصة

- ترتبط الهيئة الطبية رسمياً بالهيكل الإداري للمستشفى ولا تملك السلطة على المدير بل تتعاون معه وتتصل بمجلس

الإدارة من خلاله باعتباره وكيلاً للمجلس وعليه :

نجد أن **الهيكل العامة للمستشفى** تتكون من العناصر التالية :

١- مجلس الإدارة.

٢- مدير المستشفى ومساعديه.

٣- الهيئة الطبية.

٤- الدوائر والأقسام المختلفة في المستشفى.

تنظيم إدارة المستشفى :

تتبع المستشفيات بشكل تقليدي المدخل الوظيفي لتنظيم أنشطتها حيث يتم إنشاء ثلاث إدارات وظيفية:

١- **الإدارة الطبية** : مسؤولة عن كافة الأنشطة الطبية المتعلقة بإنتاج وتقديم وتقييم جودة الخدمات الطبية.

٢- **إدارة التمريض** : كافة أنشطة التمريض.

٣- **الإدارة العامة** : مسؤولة عن كافة الأنشطة غير الطبية وغير التمريضية في المستشفى كالأشؤون الإدارية والمالية والخدمات الأخرى.

- تشكل المستشفيات عادة فريقاً إدارياً يتكون من مدراء هذه الإدارات الثلاث ويرأس هذا الفريق مدير المستشفى.

تنظيم وإدارة الهيئة الطبية :

- يعتبر الأطباء أهم عناصر التنظيم في المستشفى وأكثرها تأثيراً على كم ونوع الخدمات الطبية.

- مجلس الإدارة مسؤول نهائي قانونياً وأخلاقياً في المستشفى والخدمات التي يقدمها ويفوض للأطباء .

- كون الأطباء هم المفوضون بتقديم مهنة الطب فإن المجلس يفوض الأطباء صلاحية ومسؤولية تقديم هذه الخدمات وجودتها.

- يختلف الهيكل التنظيمي للأطباء من مستشفى لآخر حسب حجم وجهة ملكيته وأهدافه وأنشطته.

مهام الهيئة الطبية :

- وضع معايير مهنية مناسبة لرقابة وتقييم الأنشطة الطبية.

- وضع اللوائح التنظيمية الداخلية لها والتعليمات والقواعد التي تبين مسؤوليات وواجبات أعضائها وتضبط

سلوكياتهم وممارستهم في المستشفى واللجان المتخصصة والمنبثقة عن الهيئة الطبية وطريقة تشكيلها وعملها وواجباتها واجتماعاتها وارتباطاتها.

فريق عمل الهيئة:

تتألف الهيئة الطبية عادة من :

١- أطباء الامتياز interns :

أطباء متدربين حديثي التخرج يمضون سنة من التدريب في المستشفى بعد تخرجهم من الجامعات وذلك تحت إشراف الأطباء الاختصاصيين دون أن يتحملوا مسؤولية مباشرة عن رعاية المرضى.

٢- الأطباء المقيمين :

أطباء أنهوا سنة التدريب بعد التخرج واختيروا للدراسة والتدريب أو للعمل في المستشفى بهدف تأهيلهم كأطباء متخصصين في إحدى التخصصات ويمضي هؤلاء فترة زمنية محددة من سنتين إلى أربع سنوات ويمكن أن تسند إلى هؤلاء الأطباء مسؤولية مباشرة لرعاية وعلاج المرضى.

٣- الأطباء الأخصائيين :

حملة شهادات الدراسات العليا في الطب والجراحة وهم الذي يتحملون المسؤولية المباشرة والأخيرة عن علاج ورعاية المرضى في المستشفى هؤلاء قد يعملوا بتفرغ كامل في المستشفى كموظفين أو يكون لهم عياداتهم الخاصة.

٤- الأطباء الاستشاريون ((الاستشاريون)) :

حملة الشهادات العليا في الطب والجراحة ويتمتعون بخبرات عملية طويلة يقدمون النصيحة والمشورة للأطباء الأخصائيين في معالجة المرضى عند طلب المشورة.

— بالإضافة إلى أطباء الخدمات الفنية الأخرى كأطباء الأشعة والمختبر والتخدير والعلاج الطبيعي.

- تشترط الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات وجود هيئة طبية منظمة مسؤولة أمام المريض ومجلس الإدارة عن جودة الخدمات الطبية وعن الممارسة المهنية والأخلاقية لأعضائها.

-تعتمد المحافظة على معايير عالية للرعاية الصحية على طبيعة الأطباء وفعالية تنظيمهم في تنفيذ الواجبات التالية:

١- اختيار الأطباء الأكفاء لعضوية الهيئة.

٢- التحليل المستمر والمراجعة للعمل الطبي الذي يجري في المستشفى.

٣- دعم سياسات الهيئة الطبية وسياسات المستشفى.

٤- تقديم الاستشارات.

**التعيين في الهيئة يجب أن يتم من قبل مجلس الإدارة بناء على توصية الهيئة الطبية نفسها.

**وظائف الهيئة الطبية :

١- رعاية المرضى (المسؤولية الأساسية للهيئة) وتتركز عليها كافة الجهود والنشاطات في المستشفى.

٢- المحافظة على كفاءة أداء تقديم الخدمات الطبية وكفاءة الأطباء عن طريق دراسة الحالات المرضية.

٣- وضع السياسات والقواعد الخاصة بممارسة أفرادها....

٤- التعليم والتدريب.

٥- تقويم عملية أداء الخدمة الطبية ونتائجها ويتم ذلك من خلال اللجان المشكلة لهذا الغرض...

٦- تقديم المشورة للإدارة ومساعدتها في إدارة وتنظيم شؤون المستشفى وخاصة النواحي الفنية.

٧- مراجعة استخدام أجهزة ومعدات وتسهيلات المستشفى للتأكد من سلامة استخدامها.

**الدوائر الطبية :

-يتم تنظيم الأطباء من خلال دوائر أو أقسام طبية تختلف في حجمها وتفصيلها حسب حجم المستشفى والخدمات التي يقدمها.

مثال :

دائرة الطب الباطنيدائرة الجراحة.....

وفي حالة المستشفيات الكبيرة تنظم التخصصات الفرعية في دوائر مثل القلب...الأعصاب....

♦♦لجان الهيئة الطبية :

(١) اللجنة التنفيذية :

مسؤولة عن قيادة وإدارة الهيئة الطبية في المستشفى...

-تتألف من كبار الأطباء ورؤساء الدوائر الطبية.

-يرأسها رئيس الهيئة الطبية.

-تقوم هذه اللجنة باستلام ودراسة التقارير المرفوعة إليها من اللجان الأخرى للهيئة الطبية واتخاذ القرارات

والتوصيات المناسبة بشأنها ورفعها لمجلس الإدارة للمصادقة.

وتقوم هذه اللجنة أيضاً بما يلي :

١- تعيين أعضاء اللجان الأخرى للهيئة الطبية.

٢- التنسيق بين أنشطة الأقسام الطبية والجراحية في المستشفى.

٣- استلام ومراجعة تقارير اللجان الأخرى للهيئة الطبية واتخاذ الإجراء المناسب.

٤- تقديم النصح والمشورة لإدارة المستشفى عند شراء الآلات والأجهزة الطبية.

٥- المشاركة بوضع السياسات الطبية للمستشفى.

---تجتمع هذه اللجنة مرة واحدة شهرياً على الأقل وعادة يدعى مدير المستشفى لحضور اجتماعها.

(٢) لجنة قبول العضوية :

تقوم بدراسة طلبات الاستخدام التي يقدمها الأطباء الجدد للعمل في المستشفى وتقوم المؤهلات العلمية والعملية

والشخصية بهدف التأكد من صلاحيتهم ثم اتخاذ التوصيات المناسبة ورفعها للجنة التنفيذية للهيئة الطبية للمصادقة عليها ثم رفعها للإدارة بواسطة مدير المستشفى لاتخاذ القرار. كما تقوم هذه اللجنة بالنظر في الجزاءات التي قد توصي بها اللجان الأخرى للهيئة الطبية بحق أحد أعضائها .

٣) لجنة السجلات الطبية:

- مهمتها الإشراف على دائرة السجلات الطبية في المستشفى وتوجيه أنشطتها لضمان وجود سجلات طبية كاملة ودقيقة لكل مريض يعالج في المستشفى.

- يقوم مدير السجلات الطبية برفع تقارير إلى لجنة السجلات الطبية حول السجلات الطبية الناقصة incomplete وغير المستوفية للمعايير المحددة deficient .

مهام هذه اللجنة:

١- تعريف وتحديد محتويات السجل الطبي والنماذج الطبية والمعلومات والبيانات الواجب تدوينها في السجل الطبي في الوقت المحدد وبالطريقة الصحيحة.

٢- تقديم النصح والتوجيه لمدير السجلات الطبية فيما يتعلق بالسياسات والإجراءات الخاصة بإدامة وحفظ السجلات الطبية.

٣- دراسة وتطوير السياسات المتعلقة بسرية المعلومات الطبية والاطلاع على السجلات الطبية لغايات الأبحاث العلمية والدراسات ومسائل الإدلاء بهذه المعلومات للجهات الخارجية.

-- تقوم هذه اللجنة سنوياً بمراجعة وتقويم أنشطة وبرامج دائرة السجلات الطبية واقتراح التوصيات التي من شأنها تحسين السياسات والإجراءات للدائرة.

- تتألف هذه اللجنة من رئيس الهيئة الطبية ورؤساء الدوائر الطبية ويعمل مدير السجلات الطبية سكرتيراً لهذه اللجنة وتجتمع مرة على الأقل شهرياً وترفع هذه اللجنة توصياتها وتقاريرها للجنة التنفيذية للهيئة الطبية.

٤) لجنة التدقيق الطبي :

- تقوم بتقويم مستوى وجودة الرعاية الطبية المقدمة للمريض أثناء إقامته في المستشفى concurrent أو بعد تلقيه العلاج أو بعد خروجه من المستشفى.

- تدقيق ودراسة أية مضاعفات تحدث للمريض أثناء تنويمه.

- تقويم مدى نجاح أو فشل خطة العلاج المتبعة في رعاية المريض بإيجابياتها وسلبياتها.

- تدقيق كافة الوفيات التي تحدث في المستشفى للوقوف على أسبابها.

- اقتراح برامج التدريب والتعليم الطبي.

* عادة يجري التدقيق بعد خروج المريض من المستشفى retrospective audit .

- تتألف هذه اللجنة من ٣-٥ أطباء مختلفي التخصصات ويعين أعضاء اللجنة من قبل اللجنة التنفيذية ولدة لا تزيد عن سنة واجتماع هذه اللجنة مرة بالشهر على الأقل.

٥) لجنة الأنسجة أو مراجعة الأنشطة الجراحية:

- تقوم بمراجعة وتقويم كافة الأنشطة الجراحية التي تجري في المستشفى.

- تجري عملية التقويم بمراجعة ودراسة كافة العمليات الجراحية من واقع السجلات الطبية على أساس اتفاقها أو عدم اتفاقها مع تشخيص الجراح قبل إجراء العملية pre – operative diagnosis وتشخيص ما بعد

الجراحة post-operative diagnosis ومع تشخيص أخصائي الأمراض pathologist وقبول الإجراء الجراحي المتخذ وأن الأنسجة التي أزيلت هي أنسجة مريضة استوجبت العمل الجراحي وذلك للحد من الجراحات غير الضرورية وغير المبررة التي قد يقدم عليها بعض الجراحون.

--تتألف هذه اللجنة من ٣-٥ أطباء ويشترك في عضويتها أخصائي الأمراض وأحد الجراحين على الأقل.

---يعمل مدير السجلات الطبية سكرتيراً لهذه اللجنة.

---تراجع العمليات الجراحية لكل جراح وترفع هذه اللجنة توصياتها وتقاريرها إلى اللجنة التنفيذية حول النتائج النهائية للعمليات الجراحية لكل جراح.

---تقوم سنوياً وبشكل دائم بمراجعة وتقييم الإجراءات والسياسات العامة المتبعة لأنشطة الجراحة في المستشفى ورفع التوصيات بشأن تطويرها.

٦) لجنة مراجعة الاستخدام : utilization review committee :

-تركز جهودها على ترشيد استخدام الموارد والإمكانيات التي يوفرها المستشفى لخدمة المرضى وتقليل الفاقد منها.

-تهدف هذه اللجنة إلى التأكد من أن مدة إقامة المرضى في المستشفى والخدمات المقدمة لهم قد اقتضتها الضرورة ولها ما يبررها.

-إنقاص حالات إدخال المرضى غير الضرورية ومراجعة سياسات الإدخال والتخريج للمرضى.

-الحد من الاستعمال الزائد وغير المبرر للخدمات المساعدة كخدمات الأشعة والمختبر...

-تقليل مدة إقامة المريض قبل إجراء العمليات الجراحية pre- operative stay .

**معايير إدخال وتخريج المرضى:

١- معيار الدخول لكل حالة مرضية.

٢- الإجراءات التي تعتبر ضرورية ومتناسقة مع التشخيص.

٣- المضاعفات والتعقيدات المؤثرة على طول مدة الإقامة.

٤- مدة الإقامة المتوقعة لكل مريض .

٥- مؤشرات تخريج المرضى.

-تدرس هذه اللجنة التقارير والبيانات التي تعدها دائرة السجلات الطبية التي تبين الاستخدام الفعلي للإمكانات المتاحة.

٧) لجنة الدواء والصيدلانية :

رسم السياسات الطبية المتعلقة بتوفير واستعمال الأدوية في المستشفى وضبط استعمالها وتوزيعها ورفع التقارير للهيئة الطبية.

-دراسة وتقييم البدائل المختلفة من الأدوية المطروحة في السوق.

-التصريح باستعمال الأدوية التجريبية تحت قواعد وشروط محددة وواضحة.

-حفظ السجلات الخاصة بالمضاعفات السلبية للأدوية.

-تتألف هذه اللجنة من ٤ أعضاء من الأطباء على الأقل ويعمل كبير الصيادلة في المستشفى كسكرتير لهذه اللجنة ويتحمل مسؤولية إبلاغها عن أية مخالفات لقواعد تنظيم الأدوية والعقاقير في المستشفى.

٨) لجنة السيطرة على العدوى :

المسؤولية الأولى لهذه اللجنة هي السيطرة على احتمالات حدوث العدوى عند أدنى حد ممكن ويكون ذلك بـ :

١- التعليم والتدريب المستمر للعاملين في المستشفى حول أساليب وطرق الوقاية من العدوى وأساليب التطهير والتعقيم.

٢- مراجعة كافة السجلات الطبية للحالات التي أصيبت بالعدوى من المرضى أو العاملين.

٣- الكشف عن مصادر العدوى في المستشفى وبيان أسبابها ومكافحتها عن طريق أخذ المسحات cultures وإجراء

الدراسات الوبائية لتحديد مصادر العدوى والقضاء عليها.

٤- تطوير ومراجعة السياسات المتعلقة باستعمال المضادات الحيوية وبشكل خاص الاستعمال الروتيني لهذه المضادات كإجراء وقائي لمنع أو تقليل احتمالات حدوث العدوى بعد العمليات الجراحية وضرورة إجراء الزراعة الجرثومية للحالات المصابة بالعدوى قبل إعطاء المضادات الحيوية.

٥- وضع توصيات بخصوص أساليب العزل والوقاية المستعملة في المستشفى وتحديد الأماكن التي يجب تقييد الحركة فيها والزيارة لها....

٦- تطوير الأساليب والإجراءات التي من شأنها المحافظة على مستوى عالٍ من النظافة في أجنحة وممرات وقاعات المستشفى ومنشآته.

٧- مراجعة الإجراءات المتبعة في دائرة التغذية فيما يتعلق بتحضير ومناولة الطعام وتبريد وخنز الأطعمة ونظافة الأوانيإلخ .

٨- مراجعة الإجراءات المتبعة في دائرة المغاسل لضمان عدم حدوث العدوى.

٩- طرق التخلص من النفايات.

---تجتمع هذه اللجنة نصف شهرياً على الأقل وترفع تقاريرها إلى اللجنة التنفيذية.

- اللجان الأخرى فيما سبق أهم اللجان المنبثقة من الهيئة الطبية في المستشفى ويمكن للهيئة المشاركة في العديد من اللجان الأخرى في المستشفىمثل لجنة الطوارئ والعيادات الخارجية ولجنة رعاية المرضى ولجنة الكوارثلجنة الأبحاث.....

برامج التدريب الطبي :

ترتبط برامج التدريب مباشرة بهدف تحسين جودة الخدمات الطبية.

-تحديد الجمعية الطبية الأمريكية مواصفات وشروط محددة للبرنامج التدريبي المقبول :

١- لا تقل أسرة المستشفى الذي يدير البرنامج التدريبي عن ١٥٠ سريراً.

٢- لا تسند للطبيب الواحد مسؤولية أكثر من ١٥-٢٥ سرير.

٣- لا تقل مجموع إدخلات المستشفى عن ٥٠٠٠ مريض في السنة.

٤- ضرورة توفر المراجع والكتب العلمية والنشرات والدوريات الطبية داخل المستشفى من خلال المكتبة الطبية أو خارج المستشفى بالتعاون مع المستشفيات الأخرى في نفس المنطقة.

٥- لا بد من عمل الفحوصات التشريحية لنسبة لا تقل عن ٢٥% من مجموع الوفيات في المستشفى.

التعليم الطبي المستمر :

-من شروط JCI للاعتراف بالمستشفيات عقد مثل هذه الاجتماعات.

-هدفه تحسين الجودة وزيادة مهارات ومعارف الأطباء.

---وظائف المستشفى الحديث :

يحدد فريدمان خمس وظائف أساسية للمستشفى الحديث :

١- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الداخليين.

٢- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الخارجيين.

٣-القيام بأنشطة التدريب والتعليم للمهنيين الصحيين.

٤-رفد المعرفة الطبية والصحية من خلال الأبحاث في هذا المجال.

٥-الوقاية من الأمراض ويشمل ذلك وقاية المرضى في المستشفى....

كما توصي لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المستشفى بـ خمس وظائف أساسية هي :

١- الوظيفة العلاجية.

٢- الوظيفة الوقائية.

٣- التدريب والتعليم.

٤- الأبحاث الطبية والاجتماعية.

٥- الخدمات الممتدة والاجتماعية.

١- **الوظيفة العلاجية :**

المدخل الوحيد والأكثر فعالية لضمان تقديم خدمات استشفائية جديدة بأقل كلفة ممكنة هو التركيز على كفاءة العملية الإدارية.

- يمكن لإدارة المستشفى التحكم بالعديد من العوامل المرتبطة بكيفية استعمال خدمات ومرافق المستشفى حيث يمكن التركيز على النقاط التالية للحد من التكلفة المتصاعدة للخدمات الاستشفائية :

١- قصر الإدخال للمستشفى على الحالات المرضية التي تتطلب ذلك فعلاً.

٢- تقليل مدة إقامة المرضى في المستشفى إلى أدنى حد ممكن.

٣- توفير خدمات بديلة للخدمات الصحية الداخلية للمرضى الذين لا يحتاجون الدخول للمستشفى مثل خدمات العيادات الخارجية وخدمات المراكز والمستوصفات الطبية.

٤- التأكيد على الجانب الوقائي عند التعامل مع الحالات المرضية التي تؤم المستشفى والكشف المبكر للمرض قبل استفحاله ومعالجته في مراحله الأولى.

***** وضمان جودة الرعاية الاستشفائية للمرضى ومصابي الحوادث لأبد للإدارة من التركيز على :**

١- مراعاة التصميم الجيد لأبنية ومنشآت المستشفى لتسهيل تنفيذ الأنشطة.

٢- توفير القدرات الإدارية المؤهلة في مجال الإدارة الصحية.

٣- التخطيط الجيد لخدمات المستشفى وتوفير الخدمات المطلوبة لسد الاحتياجات الصحية الحاضرة والمستقبلية.

٤- تنظيم المستشفى وتزويده بالأجهزة والمعدات والعناصر البشرية لضمان أعلى مستوى من الرعاية الصحية.

٥- ضرورة التعامل مع المريض كشخص بـكلية **whole person** وليس مجرد نظام بيولوجي يعاني من انحراف عن الوضع الطبيعي حيث أن العوامل البيئية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتعليمية والسلوكية للفرد تؤثر على حدوث المرض ومساره واستجابة المريض للمعالجة.

٦- اهتمام المستشفى بعمل كل ما من شأنه تخفيف المريض حول مرضه.

٧- **التأكيد على أخلاقيات المستشفى hospital ethics** ويشمل ذلك :

١- التأكيد على حقوق المريض واحترامها ويشمل ذلك المساواة بين المرضى فيما يتعلق بحقوقهم في العلاج وحسن المعاملة بغض النظر عن العرق أو الجنس أو الدين..... إلخ

٢- توفير قدر من العزلة والسرية للمريض والمحافظة على سرية المعلومات المتعلقة بمرضه وحقه في الاستفسار حول المرض ورفض العلاج.

٣- ألا يتسبب المستشفى بأي أذى أو ضرر للمريض سواء كان ذلك جسدياً أو اجتماعياً أو عاطفياً .

٤- توفير إقامة مناسبة لكافة المرضى تأخذ في اعتبارها المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمريض والاحتياجات الطبية له كما يلي :

- غرفة خاصة بسرير واحد لذوي الدخل المرتفع.

- غرفة شبه خاصة بسريرين أو أكثر لتوسطى الدخل.

-قاعات تحتوي على عدد من الأسرة للفقراء.

** توفير غرف عزل خاصة للحالات المرضية التي تستدعي ذلك بغض النظر عن المركز الاجتماعي والاقتصادي لهم.

أخطاء شائعة في المستشفيات عند التعامل مع المرضى :

١- عدم التقدير الصحيح لكرامة وإنسانية المريض كمخاطبته بإطلاق رقم مجرد عليه كأن يقال مريض رقم كذاأو يقال مريض السكري القلب مثلاً....

٢-عدم التفهم الكلي لحاجة المرضى للراحة والقدر من العزلة والوحدة والخصوصية.

٣-التعامل مع المريض بكبرياء وعجرفة من قبل المهنيين الصحيين.

٤-سوء التقدير لذكاء ونباهة المريض والافتراض الخاطئ بوجود انصياع المرضى والتقييد بما يطلب منهم دون حاجة إلى تفسير وتوضيح ذلك لهم.

٥-الافتراض الخاطئ بأن وقت المهنيين المتخصصين أكثر أهمية من وقت المريض .

٦- فشل العاملين في المستشفى لفهم الخلفية الاجتماعية للمريض والمشاكل الاجتماعية المحتملة المؤثرة على مرضه.
(٢) الوظيفة الوقائية: تم شرحها سابقاً

-خدمات الوقاية الأولية primary prevention .

-خدمات الوقاية الثانوية secondary prevention .

-الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة tertiary prevention .

(٣) وظيفة التدريب والتعليم:

-التعليم السريري clinical education: تدريب الأطباء والمرضى في المستشفى وتطبيق ما تعلموه من معارف أكاديمية...
-التدريب الرسمي: تدريب الأطباء والمرضى من خلال الدراسات العليا.

-التدريب غير الرسمي: تدريب الأطباء والمرضى من خلال الممارسة والعمل اليومي.

(٤) الوظيفة البحثية:

تقسم البحوث التي تقوم بها المستشفيات إلى بحوث طبية وبحوث إدارية.

---الإضاءة للمعرفة الطبية لا يمكن أن تتم إلا عن طريق إجراء الأبحاث.

>> تتضمن الأبحاث التي تجرى على المرضى دائماً قدرًا من المخاطرة والنتائج غير المتوقعة أو المرغوبة لذا لا بد من مراعاة عددًا من النقاط الهامة عند إجراء الأبحاث :

١- الحصول على موافقة المريض قبل إخضاعه للبحث أو التجربة.

٢-الحصول على موافقة إدارة المستشفى بصفتها المسؤولة أولاً وأخيراً عن رعاية وعلاج المريض .

٣-إخضاع الأبحاث إلى الإشراف والرقابة المستمرة من قبل لجنة الأبحاث في المستشفى.

٤-قيام الباحث بوضع خطة مفصلة عن البحث الذي سيجريه ورفعها إلى لجنة الأبحاث التي تقوم بدراسته وبيان فوائده ومحاذيره ومن ثم التوصية بالموافقة عليه أو رفضه.

٥-المحافظة على خصوصية وأسرار المرضى الذين تجرى عليهم الأبحاث وعدم الإفشاء بأيّة معلومات من شأنها الكشف عن هوية المريض والإساءة إليه.

(٥) الخدمات الممتدة للمنزل extended care :

برامج الرعاية الممتدة إلى المنزل وخاصة للمرضى كبار السن ذات تكلفة أقل من تكلفة الرعاية في المستشفى على توفير أسرة المستشفى للحالات المرضية.

أنواع المستشفيات وخصائصها :

يمكن تصنيف المستشفيات وتقسيمها وفقاً لمعايير عديدة منها :

١- معيار الملكية والإدارة :

-- من أكثر المعايير قبولاً وشيوعاً.

-تقسيم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى : مستشفيات حكومية وأخرى خاصة.

-تتضمن المستشفيات الحكومية كافة المستشفيات التي تعتمد في تمويلها على المال العام للدولة وقد تتبع جهات متعددة مثل وزارة الصحة...الدفاع.....الداخلية....

--المستشفيات الخاصة تشمل كافة المستشفيات التي تتبع في ملكيتها القطاع الخاص وقد تكون مملوكة من قبل فرد أو مؤسسة أو جمعيات خيرية....وقد تكون ربحية وقد تكون خيرية....

٢- المعيار الإكلينيكي (أي حسب الخدمة التي تقدمها المستشفيات):

-المعيار الأكثر قبولاً وشيوعاً.

-تقسم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى مستشفيات عامة general hospital ومستشفيات متخصصة specialty hospital .

-المستشفى العام هو الذي يحتوي على التخصصات الأربعة الرئيسية في الطب والجراحة وهي :

١-خدمات الطب الباطني، ٢- الجراحة، ٣- الأطفال، ٤-خدمات أمراض النساء والولادة.....

كما يمكن أن يضم الخدمات الأخرى مثل طب الأنف والأذن والحنجرة وطب العيون وطب العظام والطب النفسي وغيرها....

-المستشفى المتخصص يقدم خدمة واحدة فقط أو أكثر من هذه الخدمات وليس كلها كمستشفى العيون ...

العظام.....الأطفال...

-ظهرت المستشفيات في البداية كمستشفيات عامة ومع النمو الكبير ١٩٣٠-١٩٥٠ م ظهرت المستشفيات المتخصصة.

٣- معيار معدل إقامة المرضى في المستشفى :

-تقسم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى مستشفيات الإقامة القصيرة وهي التي يقل فيها معدل الإقامة عن ٣٠ يوماً لما يزيد عن ٥٠% من المرضى.

٤- معيار الحجم ((عدد الأسرة)):

-تقسم حسب هذا المعيار إلى مستشفى صغير الحجم (٥٠-١٠٠) سرير وهو ما يسمى بمستشفى الريف rural hospital ويقدم عادة خدمات الرعاية الأولية .

-مستشفى متوسط الحجم (١٠٠-٣٠٠) سرير وهو ما يسمى بمستشفى المنطقة district hospital ويقدم عادة خدمات الرعاية الثانوية.

-مستشفيات كبيرة الحجم تتراوح أسرتها من (٢٠٠-١٠٠٠) سرير وهو ما يعرف بالمستشفى الإقليمي regional hospital ويقدم عادة مزيج من خدمات الرعاية الثانوية والمتخصصة.

-التصنيف حسب الحجم نسبي وعام فما يعتبر متوسط الحجم قد يكون كبير الحجم في دولة أخرى.

٥- معيار التعليم :

مستشفيات تعليمية ومستشفيات غير تعليمية.

-المستشفيات التعليمية هي المستشفيات الجامعية التابعة لكليات الطب او المرتبطة معها حسب ترتيبات معينة لتعليم

وتدريب طلبة الطب والتمريض والدراسات الطبية العليا.

-لا يفهم من ذلك أن المستشفيات غير التعليمية لا تمارس أنشطة التعليم و التدريب فالمستشفيات الحديثة بمختلف

أحجامها تمارس مقداراً من أنشطة التدريب والتعليم حسب الحجم والإمكانات.

-التدريب جزء من أخلاقيات المستشفى ووظيفة من وظائفه الأساسية.

أسئلة الفصل الرابع: تنظيم المستشفى ووظائفه

- أجب عن الأسئلة التالية :

- ١- عدد العناصر المكونة لهيكل الإداري في المستشفيات ((الهيكل العام للمستشفى)).
- ٢- عدد وظائف الهيئة الطبية .
- ٣- عدد معايير إدخال وتخريج المرضى.
- ٤- توصي لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المستشفى ب خمس وظائف أساسية ما هي؟
- ٥- تحدد الجمعية الطبية الأمريكية مواصفات وشروط محددة للبرنامج التدريبي المقبول ما هي؟
- ٦- مستشفى عدد أسرته ٢٠٠ سرير تتوفر فيه الكتب والمراجع العلمية و لا تسند للطبيب الواحد مسؤولية لأكثر من ١٥-٢٥ سرير وعدد الإدخالات ٤٥٠٠ مريض سنويا ويقوم بعمل الفحوصات التشريحية لنسبة لا تقل عن ٢٥% من مجموع الوفيات في المستشفى هل يقبل البرنامج التدريبي في هذا المستشفى ؟
- ٧- كيف يمكن لإدارة المستشفى الحد من التكلفة المتصاعدة للخدمات الاستشفائية؟
- ٨- هناك عدداً من النقاط الهامة عند إجراء الأبحاث أذكر بعضاً منها .
- ٩- ما هي التخصصات الأربعة الرئيسية في الطب والجراحة؟
- ١٠- يمكن تصنيف المستشفيات وتقسيمها وفقاً لمعايير عديدة أذكر بعضاً منها .

- أجب بصح أو خطأ:

- ١- يمثل مدير المستشفى قمة الهيكل الإداري في المستشفيات (ص) (خ).
- ٢- خدمات الصيانة والمغسلة والتدبير المنزلي من أمثلة الدوائر الفنية في المستشفى (ص) (خ).
- ٣- ترتبط الهيئة الطبية رسمياً بالهيكل الإداري للمستشفى و لا تملك السلطة على المدير (ص) (خ).
- ٤- تتصل الهيئة الطبية بمجلس الإدارة مباشرة (ص) (خ).
- ٥- تتبع المستشفيات بشكل تقليدي المدخل الوظيفي لتنظيم أنشطتها (ص) (خ) .
- ٦- تشكل المستشفيات عادة فريقاً إدارياً يتكون من مدراء الإدارات الثلاث: (الطبية / التمريض / الإدارة العامة) ويرأس هذا الفريق المدير الطبي. (ص) (خ).
- ٧- يعتبر التمريض أهم عناصر التنظيم في المستشفى وأكثرها تأثيراً على كم ونوع الخدمات الطبية. (ص) (خ) .
- ٨- مجلس إدارة المستشفى مسؤول نهائياً قانونياً وأخلاقياً في المستشفى والخدمات التي يقدمها (ص) (خ) .
- ٩- لا يختلف الهيكل التنظيمي للأطباء من مستشفى لآخر (ص) (خ).
- ١٠- أطباء الامتياز أطباء أنهم سنة التدريب بعد التخرج واختيروا للدراسة والتدريب أو للعمل في المستشفى (ص) (خ).
- ١١- يمكن أن تسند إلى أطباء الامتياز مسؤولية مباشرة لرعاية وعلاج المرضى. (ص) (خ).
- ١٢- يمضي الأطباء المقيمون فترة زمنية محددة في المستشفى من سنتين إلى أربع سنوات (ص) (خ).
- ١٣- تشترط الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات وجود هيئة طبية منظمة مسؤولة أمام المريض ومجلس الإدارة عن جودة الخدمات الطبية وعن الممارسة المهنية والأخلاقية لأعضائها. (ص) (خ).
- ١٤- تعتمد المحافظة على معايير عالية للرعاية الصحية على طبيعة الأطباء وفعالية تنظيمهم (ص) (خ).

١٥- التعيين في الهيئة الطبية يجب أن يتم من قبل مجلس الإدارة بناء على توصية الهيئة نفسها. (ص) (خ).

١٦- المسؤولية الأساسية للهيئة الطبية هي رعاية المرضى (ص) (خ).

١٧- من وظائف الهيئة الطبية مراجعة استخدام أجهزة ومعدات وتسهيلات المستشفى للتأكد من سلامة استخدامها (ص) (خ).

١٨- تخصصات القلب والأعصاب تخصصات رئيسية في الطب والجراحة (ص) (خ).

١٩- لجنة قبول العضوية مسؤولة عن قيادة وإدارة الهيئة الطبية في المستشفى (ص) (خ).

٢٠- عادة يجري التدقيق الطبي بعد خروج المريض من المستشفى. (ص) (خ).

٢١- تقدم لجنة التدقيق الطبي اقتراحات بخصوص برامج التدريب والتعليم الطبي. (ص) (خ).

٢٢- تقوم لجنة التدقيق الطبي بتدقيق ودراسة أية مضاعفات تحدث للمريض أثناء تنويمه. (ص) (خ).

٢٣- تتألف لجنة التدقيق الطبي من ٣-٥ أطباء مختلفي التخصصات ويعين أعضاء اللجنة من قبل اللجنة التنفيذية ولمدة تزيد عن سنة (ص) (خ).

٢٤- لجنة التدقيق الطبي تتألف من ٣-٥ أطباء ويشترك في عضويتها أخصائي الأمراض وأحد الجراحين على الأقل (ص) (خ).

٢٥- المسؤولية الأولى للجنة السيطرة على العدوى هي السيطرة على احتمالات حدوث العدوى عند أدنى حد ممكن (ص) (خ).

٢٦- تجتمع لجنة السيطرة على العدوى نصف شهرياً على الأقل وترفع تقاريرها إلى اللجنة التنفيذية (ص) (خ).

٢٧- لا يشترط توفر المراجع والكتب العلمية والنشرات والدوريات الطبية داخل المستشفى لقبول البرنامج التدريبي فيه (ص) (خ).

٢٨- المدخل الوحيد والأكثر فعالية لضمان تقديم خدمات استشفائية جديدة بأقل كلفة ممكنة هو التركيز على كفاءة العملية الإدارية (ص) (خ).

٢٩- توفير الإقامة في المستشفى لا يأخذ في الاعتبار المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمريض (ص) (خ).

٣٠- الافتراض الخاطئ بأن وقت المهنيين المتخصصين أكثر أهمية من وقت المريض من الأخطاء الشائعة في المستشفيات (ص) (خ).

٣١- التدريب الرسمي هو تدريب الأطباء والمرضى من خلال الممارسة والعمل اليومي (ص) (خ).

٣٢- الإضاءة للمعرفة الطبية لا يمكن أن تتم إلا عن طريق إجراء الأبحاث (ص) (خ).

٣٣- لا يلزم إخضاع الأبحاث التي تجرى على المرضى إلى الإشراف والرقابة المستمرة من قبل لجنة الأبحاث في المستشفى (ص) (خ).

٣٤- برامج الرعاية الممتدة إلى المنزل وخاصة للمرضى كبار السن ذات تكلفة أقل من تكلفة الرعاية في المستشفى (ص) (خ).

٣٥- المعيار الإكلينيكي من أكثر المعايير قبولاً وشيوعاً في تصنيف وتقسيم المستشفيات (ص) (خ).

٣٦- مع النمو الكبير ١٩٣٠-١٩٥٠ م ظهرت المستشفيات العامة (ص) (خ).

٣٧- مستشفيات الإقامة القصيرة هي التي يقل فيها معدل الإقامة عن ٣٠ يوماً لما يزيد عن ٥٠٪ من المرضى (ص) (خ).

٣٨- المستشفى الإقليمي يقدم عادة مزيج من خدمات الرعاية الثانوية والمتخصصة (ص) (خ).

٣٩- المستشفيات غير التعليمية لا تمارس أنشطة التعليم والتدريب (ص) (خ).

٤٠- التدريب جزء من أخلاقيات المستشفى ووظيفة من وظائفه الأساسية (ص) (خ).

- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :

١- للقيام بمسؤولية تقديم خدمات الرعاية الطبية وتقويم جودة هذه الخدمات يعتمد مجلس الإدارة على : ((الهيئة الطبية / إدارة الجودة / إدارة الخدمات الطبية المساندة / لا شيء مما ذكر)).

٢- حملة شهادات الدراسات العليا في الطب والجراحة وهم الذي يتحملون المسؤولية المباشرة والأخيرة عن علاج ورعاية المرضى في المستشفى : ((الأطباء المقيمون / الأطباء الأخصائيون / الأطباء الاستشاريون)).

٣- تتألف من كبار الأطباء ورؤساء الدوائر الطبية: ((لجنة مراجعة الاستخدام / لجنة قبول العضوية / اللجنة التنفيذية)).

٤- تنسق هذه اللجنة بين أنشطة الأقسام الطبية والجراحية في المستشفى: ((لجنة مراجعة الاستخدام / لجنة قبول العضوية / اللجنة التنفيذية / لجنة الأنسجة ومراجعة الأنشطة الجراحية / لجنة التدقيق الطبي)).

٥- تقوم هذه اللجنة بالنظر في الجزاءات التي قد توصي بها اللجان الأخرى للهيئة الطبية بحق أحد أعضائها: ((لجنة مراجعة الاستخدام / لجنة قبول العضوية / اللجنة التنفيذية / لجنة الأنسجة ومراجعة الأنشطة الجراحية / لجنة التدقيق الطبي)).

٦- تقوم هذه اللجنة بدراسة وتطوير السياسات المتعلقة بسرية المعلومات الطبية والاطلاع على السجلات الطبية لغايات الأبحاث العلمية والدراسات ومسائل الإدلاء بهذه المعلومات للجهات الخارجية: ((لجنة مراجعة الاستخدام / لجنة قبول العضوية / لجنة السجلات الطبية / لجنة الأنسجة ومراجعة الأنشطة الجراحية / لجنة التدقيق الطبي)).

٧- تقوم بمراجعة وتقويم كافة الأنشطة الجراحية التي تجري في المستشفى: ((لجنة مراجعة الاستخدام / لجنة قبول العضوية / اللجنة التنفيذية / لجنة الأنسجة / لجنة التدقيق الطبي)).

٨- يعمل مدير السجلات الطبية سكرتيراً لهذه اللجنة: ((لجنة السجلات الطبية / لجنة الأنسجة / لجنة مراجعة الأنشطة الجراحية / جميع ما سبق))

٩- تهدف هذه اللجنة إلى التأكد من أن مدة إقامة المرضى في المستشفى والخدمات المقدمة لهم قد اقتضتها الضرورة ولها ما يبررها: ((لجنة مراجعة الاستخدام / لجنة قبول العضوية / اللجنة التنفيذية / لجنة الأنسجة / لجنة التدقيق الطبي)).

١٠- مراجعة سياسات الإدخال والتخريج للمرضى من مهام لجنة: ((لجنة مراجعة الاستخدام / لجنة قبول العضوية / اللجنة التنفيذية / لجنة الأنسجة / لجنة التدقيق الطبي)).

١١- تدرس هذه اللجنة التقارير والبيانات التي تعدها دائرة السجلات الطبية التي تبين الاستخدام الفعلي للإمكانات المتاحة: ((لجنة مراجعة الاستخدام / لجنة قبول العضوية / لجنة السجلات الطبية / لجنة الأنسجة ومراجعة الأنشطة الجراحية / لجنة التدقيق الطبي)).

١٢- تطوير ومراجعة السياسات المتعلقة باستعمال المضادات الحيوية من مهام: ((لجنة الدواء والصيدلانية / لجنة السيطرة على العدوى / اللجنة التنفيذية / جميع ما سبق)).

١٣- تدريب الأطباء والمرضى في المستشفى وتطبيق ما تعلموه من معارف أكاديمية: ((التدريب الرسمي / التعليم السريري / التدريب غير الرسمي / لا شيء مما ذكر)).

١٤- هو ما يسمى بمستشفى المنطقة ويقدم عادة خدمات الرعاية الثانوية: ((مستشفى صغير الحجم / مستشفى متوسط الحجم / مستشفى كبير الحجم)).

- أكمل الفراغ فيما يلي :

١- الدوائر في المستشفى العام تقسم إلى مجموعتين رئيسيتين: ١-..... ٢-.....

٢- مهام الهيئة الطبية: ١-..... ٢-.....

٣- تتألف الهيئة الطبية عادة من: ١-..... ٢-..... ٣-..... ٤-.....

٤- تقسم البحوث التي تقوم بها المستشفيات إلى: ١-..... ٢-.....

الفصل الخامس

التخطيط الاستراتيجي في المنظمات الصحية

-تتضمن وظيفة التخطيط اتخاذ القرارات وتحديد البدائل فيما يتعلق بما يجب عمله وأين يعمل...وكيف سيتم عمله

-التخطيط وظيفة مركزية كونها الوظيفة الإدارية التي تسبق الوظائف الإدارية الأخرى.

-التخطيط نشاط يتعلق بالمستقبل.

-التخطيط عملية ديناميكية مستمرة.

تعريف التخطيط:

عملية منظمة تنصب على التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقويم الأوضاع الحاضرة واتخاذ القرارات المتعلقة بتوجه المنظمة المستقبلية وخططها وبرامجها وتخطيط الموارد اللازمة لذلك

أنشطة يتضمنها التخطيط :

١- تقويم المعلومات والبيانات عن المنظمة والبيئة الخارجية.

٢- عمل افتراضات حول المستقبل.

٣- تقويم الأهداف الحالية وتحديد أهداف جديدة أو تعديل الأهداف الحالية.

٤- صياغة الاستراتيجيات وبرامج التشغيل التي من شأنها تحقيق الأهداف المذكورة.

-- خصائص التخطيط :

(١) مصدر التخطيط locus :

يشير إلى الجهة التي ينبثق منها التخطيط إما تكون الحكومة أو المؤسسة الصحية.

(٢) نوع التخطيط :

يشير إلى مستوى التخطيط ومداه كما يلي :

أ- التخطيط الاستراتيجي :

يشمل المؤسسة ككل ويركز بشكل أساسي على البيئة المحيطة (السياسية , الاقتصادية , الاجتماعيةإلخ

ب- التخطيط العملي (التشغيلي) operational planning :

-يتم من قبل المستويات الإدارية الوسطى والدنيا وهذه الخطط تنبثق من الاستراتيجيات وتنسجم معها وتخدم أهدافها وتتضمن تحديد أهداف فرعية للدوائر والأقسام في المنظمة الصحية وبرامج عملية وسياسات وإجراءات مثل ((خطط قسم التمريض , الأشعة , المختبر)) .

(٣) الإطار الزمني للتخطيط : يشير إلى الأفق الزمني الذي تغطيه الخطة :

أ- خطط طويلة المدى :

خطة استراتيجية تغطي عدة سنوات عادة تقوم بها الإدارة العليا.

ب- خطط قصيرة المدى :

خطط عملياتية لعام واحد عامتة >>تقوم به الإدارة الوسطى.

(٤) من يخطط :

يشير إلى الجهة الإدارية التي تتحمل مسؤولية التخطيط في المنطقة .

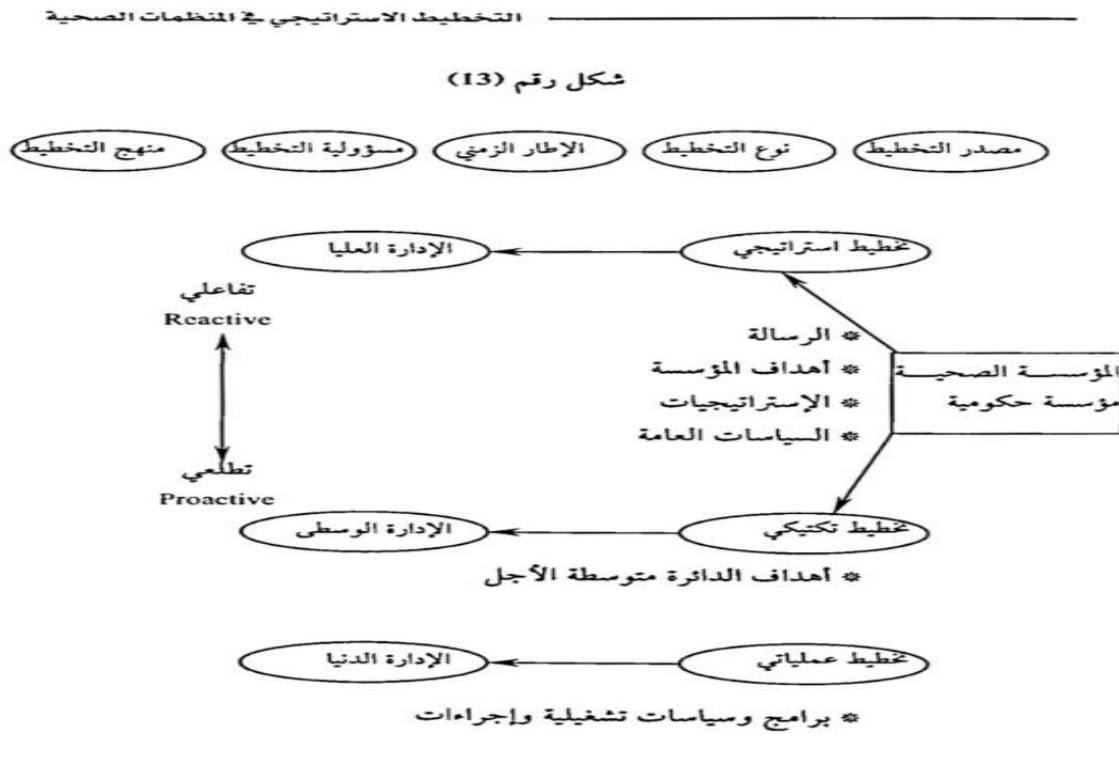
أ- الإدارة العليا : مسؤولة عن التخطيط الاستراتيجي حيث تحدد الرسالة والأهداف وتصيغ الاستراتيجيات لتحقيق الأهداف.

ب- الإدارة الوسطى : تتبنى برامج عملية قصيرة المدى ((أقل من سنة)) وتضع السياسات والإجراءات والقواعد المنظمة للعمل.

ج- رؤساء الأقسام ومشرفي الخط الأول ((الإدارة الدنيا)) يتحملون مسؤولية تقدير حجم العمل وتصميم جداول العمل وتوزيع الموارد.

(هـ) مدخل التخطيط :

يشير إلى الأسلوب المتبع في التخطيط :



>> توجد عدة مداخل وسيتم الإشارة لها بمفهوم وجهي العملة الواحدة :

1- مدخل فرد / لجنة تخطيط individual / committee.

2- مدخل منظم / عشوائي. systematic / random.

3- مدخل كمي / كيفي quantitative / qualitative.

4- مدخل تطوري / تراكمي. developmental / incremental.

5- مدخل استباقي / ارتكاسي proactive / reactive.

1- مدخل فرد / لجنة تخطيط ::

- من الصعب قيام فرد بمسؤولية التخطيط.

- تقوم لجنة من أفراد ذوي مؤهلات مختلفة بالتخطيط وفي ذلك فوائد كثيرة منها :

1- القدرة على تكون علاقات غير رسمية وفعالة بين الأعضاء متعددي الخبرات.

2- تعدد الخبرات يوفر التكامل المطلوب بين الخطط الاستراتيجية والتكتيكية والتشغيلية نظراً لاشتراك أفراد من مستويات إدارية مختلفة.

3- يوفر تعدد الخبرات المعارف المطلوبة للقيام بأنشطة التخطيط.

- من عيوب اللجان التخطيط البطيء في العمل وكذلك كلفة تأجيل اتخاذ القرارات.

2- مدخل منظم / عشوائي :

أصبح التخطيط نشاط عقلائي منهجي ومنظم يقوم على قاعدة بيانات وله منهجية المنظمة....

٣-مدخل كمي / كيفي :

-يشير التخطيط الكيفي إلى الاعتماد على الخبرات والاجتهاد الشخصي للخبراء في مجالات تخصصهم.
-في الآونة الأخيرة لم يعد التخطيط يقوم على الخبرات والتقديرية الشخصية للخبراء فلابد من ارتكاز التخطيط كذلك على أساليب وتقنيات دقيقة للتعامل مع حالة عدم التأكد والتقليل من المخاطر المستقبلية حيث أصبحت هذه المدخل شائعة الاستعمال في التخطيط كتحليل الكلفة وتحليل النسب وأسلوب المسار الحرج وأسلوب بيرت PERT وغيرها.

٤- المدخل التطوري / التراكمي :-

-كلا المدخلين التطوري والتراكمي يعودان إلى درجة الاستقلالية التي تحيط بعملية التخطيط في داخل أو خارج المؤسسة الصحية.
-التخطيط التطوري يتميز بوصفه واضح وصريح وجديد وابتكاري ويؤدي إلى محصلات تخطيطية إبداعية غير تقليدية.
-المدخل التطوري في التخطيط من المدخل المناسبة للمنظمات الصحية التي لا تهدف إلى الربح والتي يوجد لدى إدارتها قدر كبير من الاستقلالية.

-يتفاعل المنهج التطوري مع الضغوطات والمنظمات الخارجية والقيود المؤثرة على المنظمات الصحية والقطاع الصحي بشكل عام بهدف التأثير عليها والتخفيف من التشديد كثيراً على التخطيط الوطني الصحي الشامل.
-يركز التخطيط التطوري على التنافس في السياسة العامة.

---مدخل التخطيط التراكمي معاكس لمدخل التخطيط التطوري حيث أنه أقل ابتكارية وغير مبدع واعتيادي وكلاسيكي وقد يكون ذلك بسبب الضغوطات الخارجية أو الداخلية أو بسبب منح المؤسسة الصحية قليلاً من الاستقلالية من قبل مجلس الأمناء أو مجلس الإدارة وقد يكون السبب في اتباع هذا المدخل ضيق أفق الإدارة وتركيزها على الأهداف قصيرة الأمد وعدم القدرة على توقع المستقبل وقد يكون السبب قلة الموارد المتاحة.
--وهنا تفضل الإدارة عمل ما هو مطلوب فقط وربما الاكتفاء بالحد الأدنى حتى لو توفرت لها فرص الإبداع واتباع المنهج التطوري.

--هذا النمط من التخطيط هو ما يميز المؤسسات الحكومية عادة.

٥-مدخل التخطيط الاستباقي ((المبادر)) / الارتكاسي ((التفاعلي)):

-مدخل التخطيط المبادر ((الاستباقي)) مدخل جريء وعلني ومنظم وله مضمون يستبِق الأحداث.
-يؤثر في المحيط ويحدث التغيير ويصوغ الأحداث لفائدة ومصلحة المنظمة الصحية.
-المدراء الذين يتبنون هذا المدخل يقدمون الجديد والمبتكر وهم الرواد عادة في القطاع الصحي.
--أما مدخل التخطيط الارتكاسي أو التفاعلي فهو معاكس لمدخل التخطيط المبادر ((المنهج المبادر يشبه المنهج التطوري)). فهو فقط يتفاعل مع الأحداث من منطلق رد الفعل وهو غير منظم ولا يستبِق الأحداث.
-المدخل الارتكاسي يشبه المدخل التراكمي.
-في المدخل الارتكاسي تفرض على المدراء الحلول لأنهم لا يوجهون جهودهم من أجل صياغة الأحداث لصالحهم وجعل الآخرين هم المستجيبون لاتجاهاتهم وتوجهاتهم.

** المدخل المفضل في التخطيط الاستراتيجي هو المدخل المبادر أو الاستباقي.

--مخرجات التخطيط :

تتضمن مخرجات التخطيط ماذا يجب أن يعمل وأين ومتى وكيف ولماذا يعمل وتشتمل على ما يلي :

١-الرسالة mission .

٢-الأهداف objective.

٣-الاستراتيجيات strategies .

٤-البرامج العملية (التكتيكية) tactical programs .

٥- السياسات والإجراءات policies & procedure .

١-الرسالة التي تعمل من أجلها المنظمة :

-الرسالة توضح الهدف الذي من أجله أنشأت المنظمة ((الغرض من وجودها)).

-قد تكون الرسالة واضحة أو ضمنية.

-عادة تكون واضحة ومكتوبة وتحدد أهداف عامة للمنظمة.

-تتضمن الرسالة نصوص تحدد هوية المنظمة وماذا تعمل ولئن تعمل وماهي مبادئها وما هو دستورها ومنهجها وطريقتها في العمل.

--تشكل الرسالة الأساس الذي يعتمد عليه في التخطيط الاستراتيجي وعادة يضع هذه الرسالة مجلس الأمناء أو مجلس الإدارة.

٢-الأهداف :

هي نصوص تحدد النتائج التي ترغب المنظمة الصحية في تحقيقها وهي نقاط الوصول والنتائج المرغوب تحقيقها والتي توجه المنظمة نحوها مواردها وأنشطتها.

>>تنبثق الأهداف من رسالة المنظمة.

>>يجب أن تكون الأهداف smart واقعية وقابلة للتطبيق ويمكن قياسها.

— الأهداف نوعين : ١- عامة للمنظمة ككل ٢- أهداف فرعية على مستوى الأقسام والوحدات.

- من مزايا وضع الأهداف تمكين المنظمة والعاملين من تركيز جهودهم نحو تحقيق الأهداف وزيادة الكفاءة وخاصة في تخصيص وتوظيف الموارد وتحقيق شعور الأفراد بالانتماء والعمل على استقرار المنظمة كذلك تساعد على صياغة الاستراتيجيات وتنفيذ البرامج العملية.

أنواع الأهداف في المنظمة الصحية : ((٣ أنواع)) :

١- أهداف أساسية : ((مثال)) تقديم خدمات صحية جيدة للأفراد وتلبية حاجات المجتمع.

٢- أهداف ثانوية : مثال : تقديم خدمات التعليم والتدريب الصحي والطبي.

٣- أهداف الوحدات العاملة : مثال : تقديم رعاية تميزية لدايرة التمريض وخدمات إطعام ممتازة من قبل قسم التغذية.

٣- الاستراتيجيات :

خطط عامة وشاملة تصممها المنظمة من أجل تحقيق الأهداف العامة وهي مسؤولية الإدارة العليا وعادة هي طويلة الأجل وتتطلب توظيف كم كبير من الموارد.

-الاستراتيجية مصطلح يصف الطريقة التي تحقق من المنظمة من خلالها أهدافها.

مثال :

توسيع نطاق الخدمة الصحية وتحقيق التكامل مع الأهداف الأخرى.

-معنى آخر للاستراتيجية : الوسائل التي تتبع لتحقيق ما تم تحديده من أهداف.

٤- البرامج التكتيكية :

تمثل النشاطات المنظمة والمخططة للوحدات العاملة في المنظمة الصحية ولكل وحدة فيها وتعتبر استراتيجيات فرعية.

٥- السياسات والإجراءات:

أ- السياسات : قواعد للسلوك وضوابط لاتخاذ القرار والعمل في المنظمة الصحية.

- يجب أن تكون متوافقة مع الرسالة والأهداف.

- تقسم السياسات إلى سياسات عامة وسياسات عملياتية.

- السياسات العامة للمنظمة ككل.

- السياسات العملياتية هي سياسات الأقسام والدوائر في المنظمة الصحية.

ب- الإجراءات :

- سلسلة من الخطوات تتبع للقيام بعمل محدد وهدفها هو توجيه العاملين في إنتاج وتقديم الخدمات بما يضمن تناغم السلوك والأداء.

خصائص السياسات الجيدة :

- واضحة لا غموض فيها ولا مجال للاجتهاد فيها.

- الانسجام مع الأهداف.

- تتميز بالمرونة (لمجابهة الطوارئ) .

*** عادة تستعمل السياسات والأهداف والإجراءات كمعايير لتقييم أداء وإنجازات المنظمة.

- مجالات لتحديد الأهداف والمعايير :

حدد دراك ٨ مجالات يمكن للمنظمة تحديد أهدافها في أي منها :

١- الربح.

٢- الإنتاجية.

٣- الإبداع.

٤- المركز السوقي.

٥- الموارد (مالية ، مادية) .

٦- تطوير أداء العاملين.

٧- تطوير أداء المدراء.

٨- المسؤولية الاجتماعية.

عمليات التخطيط الاستراتيجي :

المرحلة الأولى : تخطيط عملية التخطيط :

= يوجد على الأقل ثلاث طرائق لنهج التخطيط الاستراتيجي :

أ- تحليل الفجوات في البرامج (gap analysis)

ب- حل المشكلات (problem solution)

ج- تحليل سوات (swot) تقييم نقاط القوة strengths ونقاط الضعف weakness الفرص المتاحة

opportunities مصادر التهديد / الخطر threats .

- يوجد طريقتان لنهج التخطيط في هذه المرحلة :

١- إما اتباع الطريقة التي تبدأ بأخذ المعلومات والمدخلات من المستويات الدنيا في المنظمة.

٢- أو انتهاج طريقة التخطيط المفروضة من الإدارة العليا.

-- أكثر المخططين يفضلون اتباع الطريقة الثانية مع وجود مشاركة من الإدارة في المستويات الدنيا في المنظمة وخاصة في المرحلة الأولى.

مثال :

تحدد الإدارة العليا الرسالة في هذه المرحلة وتتبعها الإدارات المختلفة في تحديد الأهداف المرغوبة وبعد قبول وتأييد الإدارة الوسطى تقوم الإدارة الدنيا بتوظيف واستعمال الموارد.

** يجب أن تشارك الإدارة الوسطى على الأقل في المرحلة الأولى.

♦♦ عملية التخطيط يجب أن تتكيف مع مواصفات ومميزات المنظمة الصحية حسب حجمها والنمط القيادي فيها وتعقيد البيئة المحيطة ونوعية الخدمة المقدمة.

المرحلة الثانية: تعريف الرسالة :

الرسالة نصوص عريضة تحتوي على وصف عام للمنظمة وهدفها وفلسفتها وقيمها وتعتبر عنصر ضروري لتخطيط سياسة المنظمة وتجب على أسئلة أساسية مثل ماذا نريد أن نعمل؟ وماذا يجب أن نعمل؟ وماذا نستطيع أن نعمل؟

المرحلة الثالثة: تحليل البيئة analysis of the environment :

- يتضمن تحليل البيئة تحليل كل العوامل خارج المنظمة الصحية خلال الفترة التي تغطيها الخطة.

- يتضمن تحليل البيئة العوامل الاقتصادية والديموغرافية والتكنولوجية والثقافية والاجتماعية والسياسية.

والقانونية والسوق الصحي وتحليل السوق والتنبؤ بمستقبل السوق الصحي والبيئة الكلية ويشمل ذلك صحة البيئة ونوعية المياه والبرامج الصحية وملاءمتها وقيم المجتمع وأنماط السلوك والحياة والخصائص الديموغرافية ومستويات الدخل والتضخم ومعدلات النمو ومستوى الأجور والرواتب والتشريعات الصحية والقانونية....

*** من أهم العوامل التي يجب تقويمها وأخذها في الاعتبار القطاع الخاص والمنافسون وما يقدمون من خدمات ونقاط القوة والضعف لديهم والحوافز المالية وآليات التمويل....

المرحلة الرابعة: تحليل السوق market analysis :

تحليل السوق الصحي يعتبر جزء لا ينفصل من التخطيط الاستراتيجي وينصب تحليل السوق على تحديد ومعرفة مشتري ومستهلكي الخدمة الصحية وتجزئة السوق وتحديد الأسواق المستهدفة وحجم السوق وحاجاته ورغباته والعمل على تلبيتها.

-- هذه العوامل هي التي تؤثر في عملية تحديد واختيار نوع الخدمة ومنهجها وشكلها وطريقة تقديمها.

-- يشمل تحليل السوق مدى استيعاب العملاء لمفهوم جودة الخدمة وسمعة المؤسسة الصحية.

المرحلة الخامسة: تحليل المصادر الخارجية analysis of the industry :

- تحليل مواطن القوة والضعف والفرص والمخاطر المحتملة والقوى المحيطة أيضاً.

- من الموارد الخارجية المهمة التي يجب تحليلها مدى وجود رأس المال ومصادر تمويله والعرض والطلب من المهنيين وتحليل الموارد البشرية والتكنولوجيا الطبية.

المرحلة السادسة: تحليل الصناعة :

- تحليل الصناعة هو الأساس لترجمة رسالة المنظمة إلى أهداف دقيقة ومحددة.

- يؤكد بورتر بأن تحليل الصناعة يجب أن يركز على خمسة عوامل أساسية وهي :

١- المؤسسات المنافسة (الميزة التنافسية لها)).

٢- المشاركون المنافسون.

٣- المشترون.

٤-الموردون.

٥-الخدمات أو المنتجات البديلة.

المرحلة السابعة : تطوير ووضع الأهداف :

- الأهداف إعادة صياغة لرسالة المنظمة وهي أكثر تحديداً ودقة.
- تحدد الأهداف ماهية الإنجازات التي تريد المنظمة الصحية تحقيقها.
- الأهداف هي نقاط الوصول أو الغايات والاستراتيجيات هي الوسائل.
- تؤثر الأهداف على تحديد المعايير في اختيار الاستراتيجية.
- معايير رقابة الأداء تستقى من الأهداف.

المرحلة الثامنة : تحليل حقيقية البرنامج analyze the portfolio of the program :

- هو آلية لتقويم كيفية مساهمة النشاطات والخدمات التي يحتويها البرنامج في الوصول إلى أهداف المنظمة الصحية وإيجاد الطرق لتعزيز وتحسين أداء المنظمة الصحية.
- يتضمن التحليل :

- ١- تحديد أولويات الخدمات والأنشطة التي تساعد على تحقيق أهداف المنظمة.
- ٢-البرامج التي لا تحقق أهداف المنظمة لإغلاقها أو تقليصها.
- ٣-الخدمات التي سيتم التوسع والاستثمار فيها.

المرحلة التاسعة : تحليل كفاءة المنظمة الصحية :

- يحدد واقعياً ماذا تريد المنظمة أن تحققه ويدرس ويحلل نقاط القوة والضعف في المنظمة خاصة القيام بالقدرات والكفاءة الداخلية للمنظمة ويمكن أن يشمل التسويق الصحي والخدمات والإنتاج , الوضع الحالي , الموارد البشرية , الإدارة الصحية.

المرحلة العاشرة : اختيار الاستراتيجية الملائمة strategy choice :

- الاستراتيجية : مفهوم يشير إلى المنهج الذي تتبعه المنظمة الصحية في تحقيق أهدافها.
- ==الاستراتيجية يجب أن :

- ١-توضع بمصطلحات وظيفية أكثر منها مصطلحات مادية.
- ٢-مختصرة قدر الإمكان.

٣-تصف محتويات الاستراتيجية وهي منظور الخدمة وإعادة توظيف الموارد المتاحة وتطوير الكفاءات والمزايا التنافسية.

٤-التكامل الأفقي مع المنظمات الصحية الأخرى >>لتحقيق مزايا الحجم الكبير.

٥-التكامل الرأسي للخدمات مثال : ((تقديم خدمات صحية من المستوى الأول والثاني والثالث)).

٦-عمل مشاريع مشتركة مع مستشفيات أخرى أو عيادات أو أطباء.

٧-تنوع الخدمات والمنتجات مثال : يقوم المستشفى بصناعة الدواء أو إنتاج المعدات الطبية.

٨-تقليص حجم الأعمال ومثال ذلك : تخفيض عدد الأسرة أو إغلاق المنظمة أو بعض الخدمات فيها.

المرحلة الحادية عشر : اختيار البديل الأفضل :

- دراسة كل البدائل المفضلة لإنتاج الخدمات الصحية والتي تكون متناسقة مع الرسالة والأهداف والاستراتيجية العامة للمنظمة الصحية في هذه المرحلة يمكن طرح الأسئلة حول ملاءمة الاستراتيجية للبيئة الخارجية وتوافقها مع السياسات الداخلية ونمط القيادة ومناسبة الاستراتيجية على ضوء الموارد المتاحة ومدى تحديد المخاطر ومناسبة توقيت التنفيذ وصحته.

المرحلة الثانية عشر: تعديل توجه المنظمة ليتناسب مع الاستراتيجية المختارة :

- لا بد لمنفذي الخطة الاستراتيجية التأكد من ملاءمة ثلاثة أبعاد في المنظمة :

١- الهيكل.

٢- العمليات.

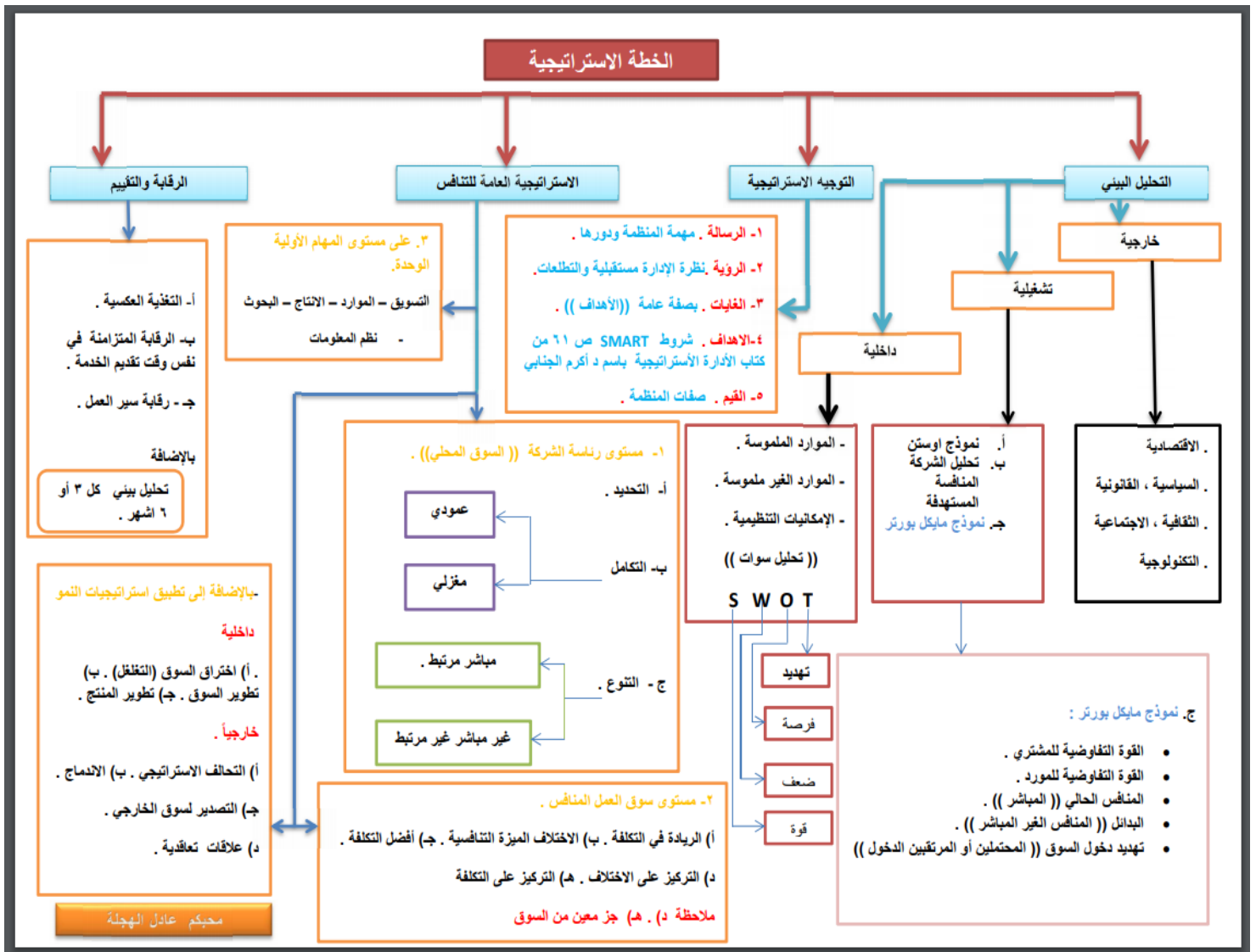
٣- السلوك.

وهذا يتحدد من مضمون أو محتوى الاستراتيجية وطبيعة المنظمة وإدارتها هل هي من النوع المبادر أم تفاعلية أم دفاعية في منهجها. والنمط الإداري هل يهدف إلى تعظيم الفرص أم إلى تخفيض التكاليف وكذلك مميزات التنظيمية.

باختصار :

يجب أن يكون هناك توافق بين الاستراتيجية المختارة والعناصر التنظيمية وهي: ((السلوك - العمليات - الهيكل والقوى العاملة - والمهارات - والأنماط الإدارية والقيادية للمنظمة والقيم السائدة.

- إضافة: خريطة ذهنية للخطة الاستراتيجية



أسئلة الفصل الخامس: التخطيط الاستراتيجي في المنظمات الصحية

- أجب بصح أو خطأ:

- ١- التخطيط نشاط يتعلق بالحاضر (ص) (خ).
- ٢- يشير نوع التخطيط إلى مستوى التخطيط ومداه (ص) (خ).
- ٣- التخطيط التشغيلي يشمل المؤسسة ككل ويركز بشكل أساسي على البيئة المحيطة (ص) (خ).
- ٤- التخطيط العملياتي يتم من قبل المستويات الإدارية الوسطى والدنيا (ص) (خ).
- ٥- الخطط العملياتيّة تنبثق من الاستراتيجيات (ص) (خ).
- ٦- نوع التخطيط يشير إلى الأسلوب المتبع في التخطيط (ص) (خ).
- ٧- من السهل قيام فرد بمسؤولية التخطيط. (ص) (خ).
- ٨- من عيوب اللجان كلفة تأجيل اتخاذ القرارات (ص) (خ).
- ٩- يشير التخطيط الكيفي إلى الاعتماد على الخبرات والاجتهاد الشخصي للخبراء في مجالات تخصصهم (ص) (خ).
- ١٠- يركز التخطيط التراكمي على التنافس في السياسة العامة (ص) (خ).
- ١١- المدراء الذين يتبنون مدخل التخطيط الارتكاسي يقدمون الجديد والمبتكر وهم الرواد عادة في القطاع الصحي (ص) (خ).
- ١٢- السياسات والإجراءات خطط عامة وشاملة تصممها المنظمة من أجل تحقيق الأهداف العامة وهي مسؤولية الإدارة العليا وعادة هي طويلة الأجل وتتطلب توظيف كم كبير من الموارد (ص) (خ).
- ١٣- الاستراتيجية مصطلح يصف الطريقة التي تحقق من المنظمة من خلالها أهدافها. (ص) (خ).
- ١٤- البرامج العملياتيّة تمثل النشاطات المنظمة والمخططة للوحدات العاملة في المنظمة الصحية ولكل وحدة فيها (ص) (خ).
- ١٥- الإجراءات قواعد للسلوك وضوابط لاتخاذ القرار والعمل في المنظمة الصحية (ص) (خ).
- ١٦- هناك مجال للاجتهاد في السياسات (ص) (خ).
- ١٧- عادة تستعمل السياسات والأهداف والإجراءات كمعايير لتقييم أداء وإنجازات المنظمة (ص) (خ).
- ١٨- معايير رقابة الأداء تستقى من الرسالة (ص) (خ).
- ١٩- السياسات العامة هي سياسات الأقسام والدوائر في المنظمة الصحية (ص) (خ).
- ٢٠- أكثر المخططين يفضلون الطريقة التي تبدأ بأخذ المعلومات والمدخلات من المستويات الدنيا في المنظمة في مرحلة تخطيط عملية التخطيط (ص) (خ).
- ٢١- يجب أن تشارك الإدارة الوسطى على الأقل في مرحلة تخطيط عملية التخطيط (ص) (خ).
- ٢٢- يتضمن تحليل البيئة تحليل كل العوامل خارج المنظمة الصحية خلال الفترة التي تغطيها الخطة (ص) (خ).

٢٣- تحليل الصناعة هو الأساس لترجمة رسالة المنظمة إلى أهداف دقيقة ومحددة (ص) (خ).

٢٤- الأهداف هي نقاط الوصول أو الغايات والاستراتيجيات هي الوسائل (ص) (خ).

٢٥- الاستراتيجية يجب أن توضع بمصطلحات مادية أكثر منها مصطلحات وظيفية (ص) (خ).

٢٦- تقديم خدمات صحية من المستوى الأول والثاني والثالث مثال للتكامل الأفقي للخدمات الصحية (ص) (خ).

٢٧- يجب أن يكون هناك توافق بين الاستراتيجية المختارة والعناصر التنظيمية (ص) (خ).

- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :

١- يتحملون مسؤولية تقدير حجم العمل وتصميم جداول العمل وتوزيع الموارد : ((الإدارة العليا / الإدارة الوسطى / الإدارة الدنيا / ب+ج)).

٢- من المداخل المناسبة للمنظمات الصحية التي لا تهدف إلى الربح والتي يوجد لدى إدارتها قدر كبير من الاستقلالية : ((مدخل لجنة تخطيط / المدخل المنظم / المدخل الكيفي / المدخل التطوري)).

٣- المدخل المنظم والمدخل العشوائي يعودان إلى درجة الاستقلالية التي تحيط بعملية التخطيط في داخل أو خارج المؤسسة الصحية.

٤- في هذا المدخل من مداخل التخطيط تفضل الإدارة عمل ما هو مطلوب فقط وربما الاكتفاء بالحد الأدنى حتى لو توفرت لها فرص الإبداع واتباع المنهج التطوري : ((المدخل التطوري / المدخل التراكمي / المدخل العشوائي / مدخل فرد / المدخل الكمي)).

٥- هذا النمط من التخطيط هو ما يميز المؤسسات الحكومية عادة: ((المدخل التطوري / المدخل التراكمي / المدخل العشوائي / مدخل فرد / المدخل الكمي)).

٦- في هذا المدخل : ((المدخل التطوري / المدخل التراكمي / المدخل العشوائي / الارتكاسي / المدخل الكمي)) تفرض على المدراء الحلول لأنهم لا يوجهون جهودهم من أجل صياغة الأحداث لصالحهم وجعل الآخرين هم المستجيبون لاتجاهاتهم وتوجهاتهم.

٧- هي نصوص تحدد النتائج التي ترغب المنظمة الصحية في تحقيقها وهي نقاط الوصول والنتائج المرغوب تحقيقها والتي توجه المنظمة نحوها مواردها وأنشطتها ((الرسالة/ الأهداف / الاستراتيجيات / البرامج العملية / السياسات والإجراءات)).

٨- توسيع نطاق الخدمة الصحية وتحقيق التكامل مع الأهداف الأخرى مثال على : ((الرسالة/ الأهداف / الاستراتيجيات / البرامج العملية / السياسات والإجراءات)).

٩- تعتبر استراتيجيات فرعية : ((الرسالة/ الأهداف / البرامج العملية / الإجراءات)).

١٠- تشكل ((الرسالة/ الأهداف / الاستراتيجيات / البرامج العملية / السياسات والإجراءات)) الأساس الذي يعتمد عليه في التخطيط الاستراتيجي.

١١- توضح الهدف الذي من أجله أنشأت المنظمة: ((الرسالة/ الأهداف / الاستراتيجيات / البرامج العملية / السياسات والإجراءات)).

١٢- عنصر ضروري لتخطيط سياسة المنظمة : ((الرسالة/ الأهداف / الاستراتيجيات / البرامج العملية / السياسات والإجراءات)).

١٣- يحدد واقعياً ماذا تريد المنظمة أن تحققه ويدرس ويحلل نقاط القوة والضعف في المنظمة: ((تحليل حقيبة البرنامج / تحليل الصناعة / تحليل المصادر الخارجية : / تحليل البيئة / تحليل كفاءة المنظمة الصحية)).

- أكمل الفراغ فيما يلي :

- ١- من المداخل شائعة الاستعمال في التخطيط: ١-..... ٢-.....
- ٣-..... ٤-..... ٥-.....
- ٢- المدخل المفضل في التخطيط الاستراتيجي هو أو
- ٣- الأهداف نوعين : ١-..... ٢-.....
- ٤- أنواع الأهداف في المنظمة الصحية ثلاثة هي : ١-..... ٢-..... ٣-.....
- ٥- تقسم السياسات إلى ١-..... ٢-.....
- ٦- يوجد طريقتان لنهج التخطيط في مرحلة التخطيط : ١-..... ٢-.....
- ٧- من أهم العوامل التي يجب تقويمها وأخذها في الاعتبار في مرحلة تحليل البيئة :.....
- ٨- من الموارد الخارجية المهمة التي يجب تحليلها
- ٩- تحليل يتضمن تحديد أولويات الخدمات والأنشطة التي تساعد على تحقيق أهداف المنظمة و البرامج التي لا تحقق أهداف المنظمة لإغلاقها أو تقليصها و الخدمات التي سيتم التوسع والاستثمار فيها.
- ١٠- مفهوم يشير إلى المنهج الذي تتبعه المنظمة الصحية في تحقيق أهدافها.....
- ١١- محتويات الاستراتيجية هي : ١-..... ٢-..... ٣-..... ٤-.....
- ١٢- في هذه المرحلة من عمليات التخطيط الاستراتيجي يمكن طرح الأسئلة حول ملاءمة الاستراتيجية للبيئة الخارجية وتوافقها مع السياسات الداخلية ونمط القيادة ومناسبة الاستراتيجية على ضوء الموارد المتاحة ومدى تحديد المخاطر ومناسبة توقيت التنفيذ وصحته
- ١٣- لا بد لمنفذي الخطة الاستراتيجية التأكد من ملاءمة ثلاثة أبعاد في المنظمة : ١-..... ٢-..... ٣-.....

- أجب عن الأسئلة التالية :

- ١- عدد مداخل التخطيط .
- ٢- تشتمل مخرجات التخطيط على خمسة عناصر عددها .
- ٣- حدد بيتر دراكر ٨ مجالات يمكن للمنظمة تحديد أهدافها في أي منها.
- ٤- يوجد على الأقل ثلاث طرائق لنهج التخطيط الاستراتيجي ماهي ؟
- ٥- ماهي العوامل هي التي تؤثر في عملية تحديد واختيار نوع الخدمة ومنهجها وشكلها وطريقة تقديمها؟
- ٦- يؤكد بورتر بأن تحليل الصناعة يجب أن يركز على خمسة عوامل أساسية ماهي ؟

الفصل السادس

حل المشاكل واتخاذ القرارات في المنظمة الصحية

-مستوى الفعالية والكفاءة في المنظمة يرتبط مباشرة بجودة حل المشاكل واتخاذ القرارات.

-الفعالية = القيام بعمل ما يجب عمله بشكل جيد.

-الكفاءة = إنجاز العمل بأقل تكلفة.

** كل ما يقوم به المدير في المنظمة يتضمن أحد أو كلا العنصرين المتضمنين في حل المشاكل....



١- تحليل المشكلة ويتضمن :

-إدراك الوضع أو الحاجة التي تتطلب اتخاذ القرار.

-تعريف هذا الوضع أو الحاجة التي تتطلب اتخاذ القرار.

٢- اتخاذ القرار ويتضمن :

-تحليل وتقويم البدائل.

-اختيار البديل الأفضل.

** يرتبط صنع القرار بكافة الوظائف الإدارية والأنشطة والأدوار التي يقوم بها المدير من تخطيط وتنظيم وتوجيه

ورقابة.

أنواع القرارات :

تصنف القرارات التي يتخذها المدراء والتي تتراوح من القرارات الرئيسية والصعبة إلى القرارات الصغيرة والسهلة في

فئات كما يلي:

١- قرارات غايات (أهداف) / قرارات وسائل :

-قرارات أهداف : مثال : الأهداف الفردية والتنظيمية المراد تحقيقها.

-قرارات الوسائل : مثال: الاستراتيجيات والبرامج التشغيلية والأنشطة التي تحقق الأهداف المرغوبة.

** تتخذ هذه القرارات على مستوى الإدارة العليا كما تتخذ هذه القرارات على مستوى الأقسام حيث تقوم الإدارة العليا

بتحديد الأهداف والاستراتيجيات وتقوم الأقسام بتحديد أهداف الأقسام والبرامج.

٢-قرارات إدارية / تشغيلية :

أ- القرارات الإدارية : يطلق عليها قرارات السياسة (policy) وتتخذها الإدارة العليا حيث تؤثر على المؤسسة ككل

وتتعلق غالباً بتخصيص وتوظيف الموارد.

ب- القرارات التشغيلية operational : تتخذها عادة الإدارة الوسطى والدنيا وتتعلق بأنشطة التشغيل اليومي لوحدة

تنظيمية محددة. مثال : شراء معدات للقسم , توزيع العاملين في القسم وتحديد المهام.

٣-قرارات مبرمجة / غير مبرمجة :

أ- القرارات المبرمجة : قرارات ذات صفة متكررة وروتينية تحكمها الإجراءات والأنظمة والتشريعات وأدلة العمل في

القسم . مثال : إصدار فواتير , إجراءات التخزين والشراء.

ب- قرارات غير مبرمجة : قرارات متميزة وغير روتينية >> مثال : قرارات التوسع في المؤسسة وقرارات إضافة / إغلاق

خطوط إنتاج , قرارات تغيير نظام الأجور وقرارات تغيير الهيكل للمؤسسة وشراء أجهزة رأسمالية جديدةالخ.

*****التصنيفات الثلاثة أعلاه لا تعني أن القرارات تتصف بالاستنفاد والحصر وذلك لأنها تتداخل وتتقاطع مع بعضها**
:

مثال ١ = قرار تبني استراتيجية جديدة للتسويق >>>> قرار وسائل وهو بنفس الوقت إداري وقرار غير مبرمج.
مثال ٢ : قرار إضافة خط إنتاج جديد هو قرار وسائل لتحقيق أهداف المؤسسة وبنفس الوقت هو قرار إداري لأنه يتطلب موارد كبيرة كما أن هذا القرار غير مبرمج ((غير روتيني)) طالما أنه متميز ولا يحدث بشكل متكرر.

حل المشاكل الإدارية :

--يقوم جميع المدراء بحل المشاكل ((ولكن بدرجات مختلفة)) وبغض النظر عن مستواهم في التنظيم أو مدى مسؤوليتهم.

--تتضمن عملية حل المشاكل سلسلة من الأنشطة والخطوات :

١-تحديد وتحليل الوضع الذي يحتاج إلى قرار.

٢-تحديد وتحليل بدائل الحلول لحل المشكلة.

٣-اختيار البديل.

٤-تنفيذ البديل المختار.

الفرق بين مفهوم حل المشاكل ومفهوم اتخاذ القرارات :

-حل المشاكل يتضمن اتخاذ قرار ولكن ليس كل القرارات تتضمن مشاكل يجب حلها.

-الفرق يكمن في حقيقة أن حل المشاكل يشمل تحليل المشكلة ((تقييم يسبق اتخاذ القرار)) وتنفيذ الحل ((نشاط ما بعد اتخاذ القرار)) .

حل المشاكل العملية والنموذج :

-حل المشاكل عملية تهدف إلى إدخال التغيير لضمان اتساق النتائج الفعلية مع المرغوبة.

-عملية حل المشكلة هي نفسها لكل المدراء بغض النظر عن مدى المشكلة والوقت الذي تستغرقه وكثافة التقويم والتحليل تختلف من مدير لآخر أما العملية فهي نفسها.

- لا بد من فهم المشكلة بالاستعانة بالتقارير الروتينية.
- جمع البيانات من خلال وسائل ومنها : المقابلات . الملاحظات المباشرة . المسوحات
- تستعمل البيانات للوصول إلى أسباب ومصدر المشكلة.
- (٢) **وضع الافتراضات:**

تتأثر جودة الحلول بالافتراضات وتصنف الافتراضات إلى ثلاث مجموعات :

(أ) افتراضات حدودية boundary assumptions : ((تعود لبيئة المشكلة وإطارها)) :

- هل تقع المشكلة ضمن أو خارج حدود مسؤولية المدير.
- هل الموارد المطلوبة لحل المشكلة موجودة.
- هل دوائر أخرى تسببت في حدوث المشكلة إلخ
- (ب) افتراضات شخصية تعود إلى :
- ميول وأهواء وتحيز المدير نحو أداء وسلوك الرؤوسين.
- استعداد ورغبة المدير بالتعامل مع المواقف الخطرة.....
- (ج) افتراضات المشكلة :

- الأهمية النسبية للمشكلة relative importance .

- الحاجة للحل السريع والتغيير.

- ردود الفعل السياسية لاتخاذ القرار أو عدم اتخاذه.

- قبول الرؤوسين بالحل.

- احتمالية نجاح الحل عند تطبيقه.

(٣) **تحديد بدائل الحلول المبدئية :**

- تتأثر القدرة على توليد البدائل بقدرة التخيل والإبداع وغنى الأفكار.....

- بعد تحديد بدائل الحلول لابد من جمع البيانات والمعلومات عن كل بديل وتقييم البدائل.....

-- يتأثر الوقت والموارد المكرسة لهذه الخطوة بعدد من العوامل :

- دقة وجودة التعريف المبدئي للمشكلة ((التعريف دقيق >> يقل الوقت المصروف في هذه الحالة)) .

- الافتراضات هل هي مقيدة وتفرض محددات إلى درجة كبيرة.

- قدرة نظام المعلومات في المؤسسة وطاقته وتعقيده.

- تواجد البيانات.

- درجة تعقيد المشكلة أو بساطتها (كلما كانت المشكلة معقدة زاد عدد المتغيرات التي يجب التعامل معها.

محاذير في هذه الخطوة يقع فيها المدراء عادة :

١- البحث عن الحل الأفضل عندما يكون من المقبول حلاً أقل من الأفضل مما يستدعي صرف وقت طويل وموارد كبيرة

.....

٢- الاهتمام المكثف بهذه الخطوة يمكن استعماله كعذر لعدم اتخاذ القرار المطلوب بحجة الحاجة إلى مزيد من

المعلومات.

(٤) **تطوير وتطبيق معايير القرار decision criteria:**

وهي تشير إلى الاعتبارات الهامة في تقييم ومقارنة بدائل الحلول وتشمل ٣ معايير :

١- فعالية البديل في حل المشكلة.

٢- إمكانية تطبيق البديل أو تنفيذه.

٣- قبول البديل من حيث معيار الكلفة / منفعة (تحليل موضوعي objective) أو من حيث الفوائد / المساوي (تحليل غير موضوعي subjective) .

٥) اختيار البديل الأفضل وتنفيذه :

بعد اختيار وتنفيذ البديل الأفضل لا بد من مقارنة النتائج الفعلية مع المرغوبة لتقرير مدى اتساقها.

- في حالة عدم الاتساق تبدأ عملية حل المشكلة ثانية حيث قد نحتاج إلى تعديل بسيط على الحل المنفذ أو البحث عن بديل جديد كلياً .

** حل مشكلة قد يخلق مشكلة جديدة تحتاج إلى الحل .

- العوامل المؤثرة على حل المشاكل واتخاذ القرارات :

١- خصائص الشخص الذي يحل المشكلة من حيث المعرفة والخبرة والحكمة والإدراك والشخصية والتحيز والقيم والفلسفة.

٢- خصائص الموقف وتتضمن :

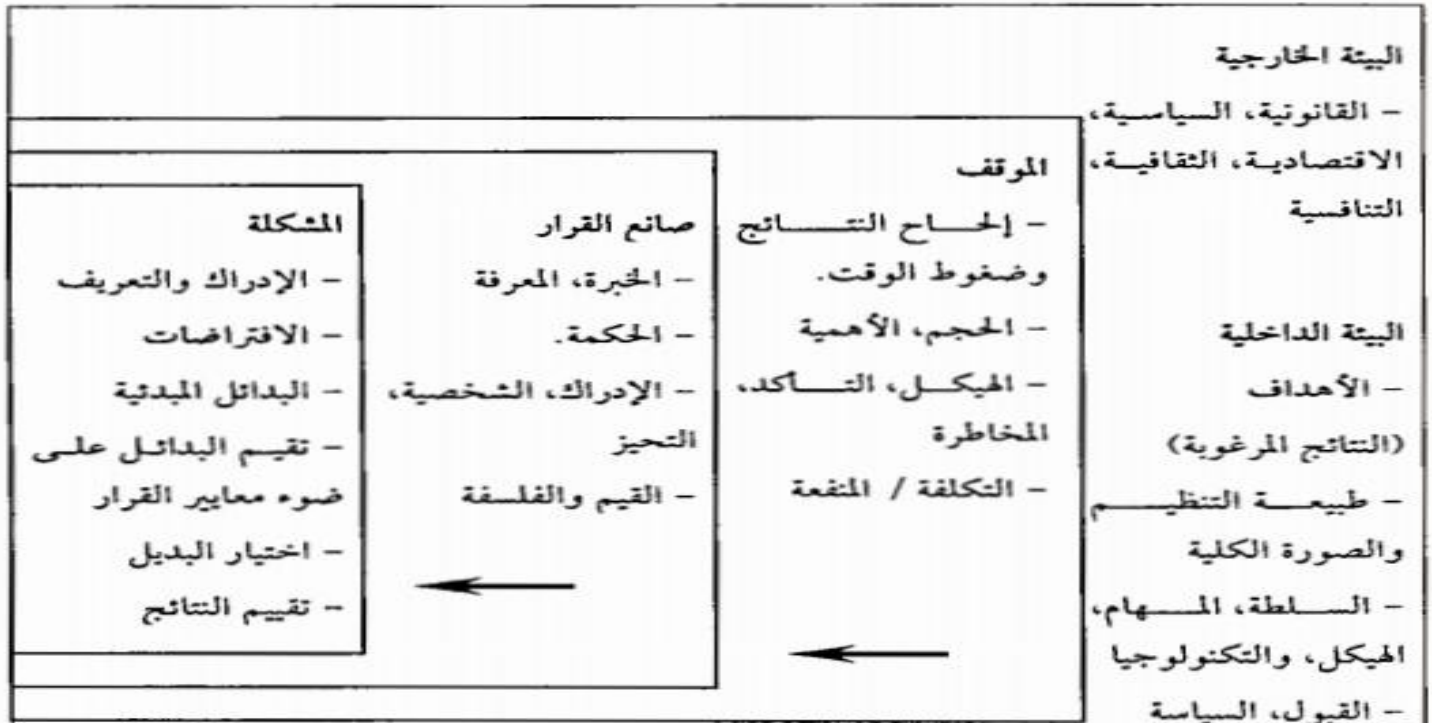
الحاجة إلى نتائج عاجلة وحجم المشكلة وأهميتها و/هيكلية المشكلة ((درجة البساطة والتعقيد)) ودرجة التأكد من النتائج والمخاطرة المحتملة على الحل / وتكلفة الحل أو البديل والمنافع المادية المترتبة عليه.

٣- البيئة الخارجية والداخلية :

البيئة الخارجية وتشمل : البيئة القانونية ، السياسية ، الاقتصادية ، الثقافية ، التنافسية وتشمل البيئة الداخلية : الأهداف المراد تحقيقها ، مدى القبول بها من العاملين ، طبيعة التنظيم ، القضايا المتعلقة بالسلطة ، المهام ، الهيكل ، التكنولوجيا ، النواحي السياسية .

شكل رقم (17)

العوامل المؤثرة على حل المشاكل واتخاذ القرارات



أساليب حل المشكلات واتخاذ القرارات :

١- الأسلوب الأحادي (الفردى) :

-عدم إشراك الآخرين فى اتخاذ القرار.

-من مزاياه السرعة فى اتخاذ القرار (فعالية الوقت) وقلّة الكلفة لقلّة الوقت المصروف وكذلك تجنب الضغوط الاجتماعية على المشاركين للاتساق مع رأى الآخرين مما ينتج عنه قرار سيئ فى حالة استعمال الأسلوب الجماعى وقلّة اتخاذ القرارات الخطيرة. كون الفرد أقل جرأة من الجماعة على ذلك.

٢- الأسلوب الجماعى :

من مزاياه قرارات ذات جودة أفضل . قدرة أفضل على تحديد وتعريف المشكلة وتوليد عدد أكبر من البدائل , قرب ومعرفة المرؤوسين بالمشكلة وزيادة فرص قبول القرار حيث أن المشاركة تخلق الالتزام وتحسين الاتصال والتنسيق لمشاركة المرؤوسين بالقرار ومعرفتهم بالحل.

-العوامل المؤثرة على أسلوب اتخاذ القرار :

١- طبيعة المشكلة وأهميتها >>> كلما كانت المشكلة معقدة كان الأسلوب الجماعى أفضل.

٢-مدى أهمية قبول القرار لغايات تنفيذه >>> كلما زادت أهمية القبول للقرار لتسهيل تنفيذه من العاملين كان القرار الجماعى أفضل.

-أساليب حل المشكلات واتخاذ القرارات : (نموذج فيروم):

١-أوتوقراطى : (A1) :

>>يقوم المدير بحل المشكلة واتخاذ القرار منفرداً استناداً على المعلومات المتوفرة وقت اتخاذ القرار.

٢-أوتوقراطى : (A11) :

يحصل المدير على المعلومات من المرؤوسين ثم يأخذ القرار بشكل منفرد وقد يبلغهم المدير بالمشكلة وقد لا يبلغهم بها.

٣-المشاور أ : (C1) :

اطلاع المرؤوسين على المشكلة بشكل فردي والحصول على أفكارهم واقتراحاتهم بشكل فردي.

٤-المشاور ب : (C11) :

اطلاع المرؤوسين على المشكلة بشكل جماعى وقيام الجماعة بتوليد البدائل وتقويمها ومحاولة الوصول إلى إجماع على الحل , دور المدير هنا رئيس الجلسة بدون التأثير على المجموعة بل يقبل وينفذ الحل الذى تدعمه الجماعة.

أسئلة الفصل السادس : حل المشاكل واتخاذ القرارات في المنظمة الصحية

- أجب بصح أو خطأ:

- 1- مستوى الفعالية والكفاءة في المنظمة يرتبط مباشرة بجودة حل المشاكل واتخاذ القرارات (ص) (خ).
- 2- لا يرتبط صنع القرار بكافة الوظائف الإدارية والأنشطة والأدوار التي يقوم بها المدير (ص) (خ).
- 3- الاستراتيجيات والبرامج التشغيلية والأنشطة التي تحقق الأهداف المرغوبة مثال لقرارات الغايات (ص) (خ).
- 4- تتخذ قرارات الغايات (أهداف) وقرارات الوسائل على مستوى الإدارة العليا وعلى مستوى الأقسام (ص) (خ).
- 5- القرارات الإدارية تتخذها عادة الإدارة الوسطى والدنيا وتتعلق بأنشطة التشغيل اليومي لوحدة تنظيمية محددة (ص) (خ).
- 6- يقوم جميع المدراء بحل المشاكل بغض النظر عن مستواهم في التنظيم أو مدى مسؤوليتهم (ص) (خ).
- 7- حل المشاكل يتضمن اتخاذ قرار ولكن ليس كل القرارات تتضمن مشاكل يجب حلها (ص) (خ).
- 8- عملية حل المشكلة هي نفسها لكل المدراء (ص) (خ).
- 9- تبدأ المشكلة عندما تكون النتائج الفعلية مخالفة للنتائج المرغوبة (ص) (خ).
- 10- المعلومات من المجموعات غير الرسمية نقطة الانطلاق نحو جمع البيانات ويمكن اتخاذ القرار على أساسها (ص) (خ).
- 11- يتأثر الوقت والموارد المكرسة لتحديد البدائل المبدئية بعدد من العوامل منها دقة وجودة التعريف المبدئي للمشكلة (ص) (خ).
- 12- بعد اختيار وتنفيذ البديل الأفضل لا حاجة لمقارنة النتائج الفعلية مع المرغوبة (ص) (خ).
- 13- حل مشكلة قد يخلق مشكلة جديدة تحتاج إلى الحل (ص) (خ).
- 14- من العوامل المؤثرة على حل المشاكل واتخاذ القرارات : البيئة الداخلية وتشمل القضايا المتعلقة بالسلطة والنواحي السياسية (ص) (خ).

15- من مزايا الأسلوب الفردي في حل المشكلات واتخاذ القرارات فعالية الوقت (ص) (خ).

16- اتخاذ قرارات خطيرة أكثر في الأسلوب الأحادي عنه في الأسلوب الجماعي من أساليب حل المشكلات (ص) (خ).

17- الضغوط الاجتماعية على المشاركين للتساق مع رأي الآخرين من مزايا الأسلوب الجماعي من أساليب حل المشكلات (ص) (خ).

18- كلما كانت المشكلة بسيطة كان الأسلوب الأحادي أفضل (ص) (خ).

19- المشاور C1 يطلع المرؤوسين على المشكلة بشكل فردي ويحصل على أفكارهم واقتراحاتهم بشكل فردي (ص) (خ).

- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :

1- افتراضات تعود لبيئة المشكلة وإطارها : ((افتراضات المشكلة / افتراضات حدودية / افتراضات شخصية/ لا شيء مما ذكر)).

2- ردود الفعل السياسية لاتخاذ القرار أو عدم اتخاذه مثال ل : ((افتراضات المشكلة / افتراضات حدودية / افتراضات شخصية/ لا شيء مما ذكر)).

3- يحصل المدير على المعلومات من المرؤوسين ثم يأخذ القرار بشكل منفرد وقد يبلغهم المدير بالمشكلة وقد لا يبلغهم بها: ((أوتوقراطي : (A1) / أوتوقراطي (A11) / المشاور (C1) // المشاور ب / المشاور ب (C11))

- أكمل الفراغ فيما يلي :

١- الفعالية هي : والكفاءة هي

٢- كل ما يقوم به المدير في المنظمة يتضمن أحد أو كلا العنصرين المتضمنين في حل المشاكل:

٣- تصنف القرارات التي يتخذها المدراء في فئات كما يلي : ١- ٢-.....

٤- يطلق عليها قرارات السياسة (policy) وتتخذها الإدارة العليا و تتعلق غالباً بتخصيص وتوظيف الموارد.....

٥- جمع البيانات من خلال وسائل ومنها : ١- ٢-..... ٣-.....

٦- تتأثر جودة الحلول بالافتراضات وتصنف الافتراضات إلى ثلاث مجموعات: ١- ٢-..... ٣-.....

٧- من المحاذير التي يقع فيها المدراء عادة في خطوة تحديد البدائل : ١- ٢-.....

٨- تشير خطوة تطوير وتطبيق معايير القرار من خطوات حل المشاكل إلى الاعتبارات الهامة في تقويم ومقارنة بدائل الحلول وتشمل ٣ معايير: ١- ٢-..... ٣-.....

٩- العوامل المؤثرة على حل المشاكل واتخاذ القرارات : ١- ٢-..... ٣-.....

- أجب عن الأسئلة التالية :

١- أذكر نوع القرار فيما يلي :

أ- توزيع العاملين في القسم وتحديد المهام.

ب - قرارات التوسع في المؤسسة.

ج- إصدار فواتير.

د. تغيير نظام الأجور.

٢- ما هو الفرق بين مفهوم حل المشاكل ومفهوم اتخاذ القرارات ؟

٣- عدد الخطوات الأساسية في حل المشاكل.

الفصل السابع

نظرية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي

- الخصائص المميزة للمنظمة الصحية :

١- تعدد الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها المنظمة الصحية :

رغم أن الهدف الرئيس هو تقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية وبأقل كلفة ممكنة إلا أن هناك العديد من الأهداف الأخرى والتي لا بد من القيام بها وتحقيقها في مجال تدريب وتعليم الكادر الصحي والعاملين في حقل الإدارة الصحية والقيام بالأبحاث العلمية والطبية التي من شأنها تحسين جودة الرعاية الطبية ورفع المعرفة الطبية ككل. إضافة إلى دورها في مجال الوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها قبل استفحالها كهدف رئيس ثاني. التنسيق بين هذه الأهداف وتكاملها مع بعضها يشكل تحدياً لإدارة المنظمة لا سيما وأنها مقيدة بالموارد المحدودة .

٢- التقسيم الواسع للعمل واختلاف التركيبة الاجتماعية للعناصر البشرية العاملة في المنظمة :

يتصف العمل في المنظمة الصحية بدرجة عالية من التخصص والتميز والاختلاف وهو مقسم بين عدد كبير من العناصر البشرية المختلفة في خلفياتها العملية وخبراتها ومهاراتها ومواقفها وقيمها وتطلعاتها واحتياجاتها. كذلك عملية اتخاذ القرارات الهامة تحتاج إلى الكثير من الدراسة والمناقشة مع هذه العناصر ومشاركة العديد منها في هذه القرارات .

٣- تداخل الخدمات والأنشطة واعتمادها الكبير على بعضها البعض :

الرعاية الطبية تقوم على خدمات وأنشطة وتخصصات مختلفة ومتعددة تعود لحقول معرفية متعددة interdisciplinary care فبسبب الدرجة العالية من التخصص والتقسيم الواسع للعمل في المنظمة الصحية نجد أن كل شخص فيها يعتمد إلى حد كبير في إنجاز عمله والقيام بدوره في التنظيم على غيره من العاملين. هذا التداخل في الأنشطة واعتمادها الكبير على بعضها البعض يتطلب قدراً كبيراً من التنسيق بين الأقسام لضمان الفعالية والكفاءة في تحقيق الأهداف لذلك لا بد من تحفيز العاملين لضمان مستوى عالٍ من التنسيق المطلوب بين الأنشطة المختلفة .

٤- الطبيعة الطارئة لعمل المنظمة الصحية :

الجزء الأكبر من خدمات المنظمة الصحية ذا طبيعة طارئة وغير قابل للتأجيل أو التأخير أو الانتظار . وهذا يجعل من الصعب توقع حجم العمل والحالات المرضية .

<< هذه الخصيصة تتضمن عدداً من المضامين :

أ- التشغيل المستمر ٧/٢٤ وما يفرض ذلك من تكاليف مرتفعة ومشاكل كثيرة ببرمجة الأنشطة والخدمات ومشاكل المناوبات والورديات والأفراد.

ب- عبء ثقيل على العاملين نتيجة الاستعداد المستمر لمواجهة الظروف الطارئة .

ج- الطبيعة الطارئة تجعل المدراء والمشرفين يتبنون أسلوب إدارة الأزمات بدلاً من أسلوب الإدارة بالأهداف والأسلوب الأوتوقراطي أكثر من الأسلوب الديمقراطي. حيث لا مجال للمناقشة والتشاور عند التعامل مع الظروف الطارئة .

د- تتطلب قدراً كبيراً من الانضباط والسلوك المنظم ولذلك لا بد من تحديد خطوط السلطة والمسؤولية بشكل واضح وتبني نظام محدد للتأديب والمساءلة يستند إلى لوائح تنظيمية وسياسات واضحة .

هـ- الغموض المتضمن في المجال الطبي نتيجة الحالة الطارئة يدفع بعض الأطباء لخلق طلب غير مبرر على أسرة المستشفى وخدماته (كإدخال بعض الحالات التي لا تستدعي الدخول بحجة أنها حالات طارئة مما يستدعي رقابة وتقييم الأنشطة الطبية عن طريق الهيئة الطبية .

٥- المنظمة الصحية تنظيم شبه بيروقراطي :

المنظمة الصحية هي تنظيم رسمي يشبه إلى حد كبير التنظيمات البيروقراطية وكثيره من التنظيمات الموجهة نحو تنفيذ المهام task – oriented يعتمد إلى حد كبير على سياسات وقواعد ولوائح رسمية وعلى خطوط رسمية للسلطة لضبط سلوكيات العاملين فيه وتنظيم علاقات العمل بينهم . هذا التركيز على الوسائل الرسمية للتنظيم وعلى الإجراءات المحددة للعمل . والرقابة التوجيهية المباشرة أكثر منها على الرقابة الديموقراطية يعطي المنظمة الصحية شخصيتها البيروقراطية التسلطية .

♦♦ مع التوجه في السنوات الأخيرة لأسلوب الإدارة بالمشاركة في المنظمات الصحية من غير المحتمل تمكن هذه المنظمات من التخلص من كل الخصائص البيروقراطية في المستقبل القريب للأسباب التالية :

أ- تعاملها المستمر مع قضايا الموت والصحة والمرض :

من الممكن القضاء على الأخطاء والإهمال والتخفيف منها عن طريق الخضوع والتقييد بالقواعد والتعليمات واللوائح الرسمية لذلك مثل هذه القواعد تصبح ضرورية وهامة في التنظيم .

ب- الاهتمام بتحقيق مستوى عال من كفاءة الإنجاز يدفع الإدارة والجهات الرسمية إلى استعمال وسائل شبه بيروقراطية لإدارة وتنظيم ورقابة الأنشطة بما فيها اللوائح والإجراءات المحددة للعمل .

ج- غياب النظرية الإدارية والتنظيمية الخاصة بمؤسسات القطاع الصحي دفعها إلى الأخذ بالمبادئ المعروفة للإدارة والتنظيم التي انبثقت من مؤسسات الأعمال والصناعة.

٦- المنظمة الصحية تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم آلي:

أهم مدخلات المنظمة الصحية هم الناس << (المرضى والعاملين فيها) والمخرجات الرئيسية هي رعاية المرضى والتي هي خدمات فردية (يجري تخطيطها وتقديمها وفقا للاحتياجات الفعلية لكل حالة مرضية) أكثر منها نمطية لذلك لا يمكن تنميطها أو تخطيطها بشكل مسبق على أساس خط التجميع أو الإنتاج الكبير كما هو الحال في مؤسسات الصناعة والأعمال لذلك لابد من الاعتماد إلى حد كبير على العناصر البشرية للقيام بالتعديلات اليومية على ضوء الأوضاع المتغيرة اليومية حيث أن هذه الأوضاع لا يمكن توضيحها بشكل كامل من خلال اللوائح الرسمية .

<< لذلك فإن قدرًا من الانحراف عن هذه التعليمات واللوائح الرسمية يمكن أن يكون ضرورياً لمواجهة حالات وظروف محددة أو أوقات محددة .

٧- مشكلة المهنية والاحتراف في المنظمات الصحية professionalism :

- تعريف فردسون للشخص المهني : ((الشخص المؤهل علمياً وعملياً في حقل من حقول المعرفة وكنتيجة لبرنامج طويل ومتخصص من التدريب الذهني والذي يلتزم باستعمال معرفته وعلمه ومهاراته وفقاً للمعايير المحددة من قبل أصحاب المهنة التي ينتمي لها)).

- غالبية الذين يتحملون المسؤولية لخدمات الرعاية الصحية هم مهنيون محترفون . (أطباء - ممرضين - صيادلة ...)

- الدرجة العالية من الاحتراف والمهنية للأطباء يمكن أن يشكل مصدراً للمشاكل الإدارية والتشغيلية لإدارة المنظمة حيث أن الدوافع قوية عند الأطباء للاستقلال الشخصي والتمتع بقدر كبير من الحرية والإدارة الذاتية عند ممارستهم لعملهم وبذلك يقاومون الانضباط والنظام الذي تفرضه التشريعات الرسمية . ويميل الأطباء كذلك لاستعمال معارفهم وفقاً لمعايير مهنة الطب لا وفقاً للقواعد والتعليمات التي تضعها السلطة الإدارية .

- تمتع الأطباء بمراكز أعلى من غيرهم من أصحاب المهن بما فيهم مدراء المنظمات حيث تفرض مؤهلاتهم العلمية وخبراتهم ومهاراتهم قدراً كبيراً من النفوذ والسلطة والتأثير ولو لم يتمتعوا بسلطة رسمية مفوضة .

٨- غياب خط السلطة المنفرد :

- من خصوصيات المنظمة الصحية فالسلطة في التنظيم لا تنبثق من مصدر واحد ولا تسلسل عبر خط واحد للأمر وفي ذلك العديد من المشاكل والصعوبات المتعلقة بالاتصالات وقضايا المساءلة والانضباط والتأديب .

- يتمتع المدير الصحي بسلطة أقل من نظرائه في مؤسسات الأعمال والصناعة لأن هذه المنظمات لا يمكن تنظيمها على أساس من خط السلطة المنفرد لوجود المهنيين في التنظيم وخاصة الأطباء الذي يمارسون قدراً كبيراً من السلطة غير الرسمية فيها .

المنظمة الصحية ونظريات التنظيم:

لا توجد نظرية إدارية واحدة يمكن تطبيقها على كافة أنواع التنظيمات وبغض النظر عن نوعية النشاط الذي تمارسه والهدف الذي تسعى لتحقيقه. وعلى ذلك لا بد للمديرين عند تنظيم الأنشطة التي يديرونها من الاختيار بين نظريات ونماذج ومفاهيم مختلفة ومتعارضة .

— النظرية التقليدية — الكلاسيكية — للتنظيم :

ظهرت خلال الفترة من (١٨٩٠-١٩٤٠) بالتزامن إلى حد ما مع نمو أدبيات الإدارة العلمية وبينما ركزت الإدارة العلمية على العمل المنفذ عند المستوى الأدنى من التنظيم فقد ركزت النظرية التقليدية على التنظيم ككل وتعاملت مع القضايا الأكثر تعقيداً مثل تكوين الدوائر في التنظيم وتحديد نطاق الإشراف وقضايا تفويض السلطة .

- ينظر المنظرون التقليديون إلى قضية تصميم الهيكل التنظيمي كإحدى الوظائف الإدارية (التخطيط...التوجيه...)

- يعتبر ماكس فيبر (١٨٦٤-١٩٢٠) أحد أهم الذين طوروا النظرية التقليدية للتنظيم والذي تنسب إليه البيروقراطية كمفهوم تنظيمي حيث اعتقد فيبر أن البيروقراطية تمثل النموذج التنظيمي المثالي والأقرب للكمال .

- النموذج البيروقراطي للتنظيم :

- مفهوم البيروقراطية كما استعمله فيبر يعني شيئاً مختلفاً كلياً عن المفهوم الشائع عند كثير من الناس الذي يربطها بمفاهيم سلبية تقود لازدواجية الجهود وتأخير تنفيذ العمل حيث استعمله ليصف هيكل تنظيمي مثالي يركز على المفهوم الاجتماعي القاضي بترشيده الأنظمة الجماعية للمجموعات المتعاونة .

- يركز التنظيم البيروقراطي على عدد من المبادئ التنظيمية الأساسية :

أ- تقسيم العمل على أساس من التخصص الوظيفي.

ب- سلسلة هرمية محددة للسلطة والمراكز الوظيفية .

ج- نظام محدد من اللوائح والتشريعات تحدد واجبات ومسؤوليات وحقوق العاملين في التنظيم .

د- نظام محدد للإجراءات الواجب اتباعها عند تنفيذ الأعمال .

هـ- العلاقات غير الشخصية بين العاملين في التنظيم . (غير الشخصية = الرسمية) .

و- اعتماد الكفاءة الفنية كأساس للتعين وترقية العاملين .

- المبادئ التقليدية للتنظيم : (تقليدي = كلاسيكي):

تقوم النظرية التقليدية للتنظيم على عدد من المبادئ والمفاهيم التنظيمية من أهمها وأكثرها شيوعاً وتطبيقاً :

١- تقسيم العمل حسب التخصص لضمان فاعلية وكفاءة التشغيل :

- الخطوة الأساسية في التنظيم والوسيلة الطبيعية لإنتاج أكبر وأفضل بنفس الجهود .

الطريقة :

أ- تحديد الأنشطة الضرورية لإنجاز الأهداف الكلية للتنظيم .

ب- تقسيم هذه الأنشطة إلى دوائر وأقسام تقوم بالعمل المتخصص.

٢- التنسيق :

تعريفه : ((تجميع وربط الجهود المتميزة والمختلفة لتمكينها من العمل بتجانس وتوافق بما يحقق أهداف التنظيم))

- تبعاً لظويل فإن مهمة التنسيق تربط وتشد كافة الأنشطة في المشروع مع بعضها البعض بحيث تتمكن من أداء عملها بشكل ناجح .

- الكلاسيكيون ينظرون إلى أن التنسيق مرحلة هامة من مراحل الرقابة ومنهم من يعتبره وظيفة من وظائف الإدارة ومنهم من يراه أول مبادئ التنظيم .

- التنسيق مهمة صعبة وهامة وليس من السهل تحقيقها فكل دائرة من الدوائر التي يتم تكوينها من خلال عملية التنظيم تؤكد وتركز على تحقيق أهداف التنظيم من منطلق اهتماماتها ومصالحها ووجهة نظرها .

هناك ثلاث وسائل أساسية يمكن للإدارة تحقيق التنسيق من خلالها :

أ- التنسيق من خلال الهرمية :

يتم ربط الأنشطة المتعددة كما أسلفنا مع بعضها ووضعها تحت هرمية مركزية . هذا النمط من التنسيق يفي بالعرض في التنظيمات البسيطة والصغيرة الحجم .

ب- التنسيق من خلال النظام الإداري :

النظام الإداري : الإجراءات الرسمية التي تتبع لتنفيذ الأنشطة الروتينية في التنظيم .

- يقدم النظام الإداري وسيلة ثابتة لتنسيق الأنشطة الروتينية باستعمال المذكرات الرسمية بشكل أفقي بين الدوائر والأقسام .

- أما الأنشطة غير الروتينية ((غير المبرمجة)) يمكن التنسيق بينها من خلال اللجان التي تضم في عضويتها أعضاء من دوائر وأنشطة مختلفة لضمان تكامل هذه الأنشطة والتنسيق بينها .

ج- التنسيق التطوعي :

يقوم إلى حد كبير على استعداد ورغبة وقدرة العاملين كأفراد ومجموعات لإيجاد وسائل تطوعية لتكامل أنشطتهم مع العاملين الآخرين في التنظيم .

٣- وحدة الأمر ووحدة القيادة :

يشير هذا المبدأ إلى أن كل مرؤوس في التنظيم هو مسؤولاً أمام مشرف واحد ويتلقى الأوامر من شخص واحد ويعتبر فويل أن هذا المبدأ من أهم المبادئ للمحافظة على النظام والاستقرار في التنظيم .

- يغيب هذا المبدأ في بيئة العمل الصحية وفي كثير من الأقسام والدوائر فيها .

٤- وجوب المساواة بين السلطة والمسؤولية <<< يشير هذا المبدأ إلى وجوب وجود علاقة متساوية بين مسؤوليات المدير والسلطة الممنوحة له لتمكينه من القيام بهذه المسؤوليات وحقيقة الأمر لا توجد معادلة يمكننا معها المساواة بين السلطة والمسؤولية إلا أن ذلك لا يتعارض مع الفرضية الأساسية لهذا المبدأ والتي تقول بأن السلطة والمسؤولية هما متصاحبتان وتسيران معا بمعنى أنه حيثما أسندت مسؤولية لأي فرد في التنظيم فلا بد من منحه السلطة اللازمة لتمكينه من القيام بهذه المسؤولية .

<< السلطة التي يتمتع بها المدير الصحي أقل بكثير من المسؤوليات الكبيرة التي يتحملها نتيجة لتشتيت السلطة وتعدد مصادرها في المنظمات الصحية .

٥- محدودية نطاق الإشراف : ((وجود حدود عليا لعدد الرؤوسين الذي يمكن لأي مدير الإشراف عليهم بفعالية)) .

٦- تفويض المسائل الروتينية :

يرى المنظرون الكلاسيكيون أن القرارات يجب أن تتخذ عند أدنى مستوى في التنظيم . هذا يعني أن الإدارة العليا يجب ألا تتخذ قرارات في المسائل الروتينية والتي يمكن معالجتها بفعالية في المستويات الدنيا من الهرم الإداري لارتباطها المباشر بالتنفيذ مما يجعلها أكثر معرفة وكفاءة بحقائق الأمور وبالتالي اتخاذ قرارات سليمة .

النظرية الحديثة (السلوكية) للتنظيم :

١- انتقد السلوكيين المدخل الكلاسيكي واعتبروه غاية في البساطة والميكانيكية مما يجعله غير كفاء وغير ملائم للتعامل مع الجانب الإنساني في التنظيم لإغفاله الكثير من الجوانب الإنسانية الهامة والمؤثرة على التنظيم وقد أورد مارش سايمون بعض أوجه القصور في النظرية الكلاسيكية للتنظيم وذلك من الناحية الإنسانية ومنها :

١- عدم كمال ودقة الافتراضات المتعلقة بحفز العناصر البشرية في التنظيم .

٢- تجاهل الصراع والاحتكاك بين عناصر التنظيم بشكل عام .

٣- اهتمام قليل بالضغوطات المؤثرة على الإنسان .

٤- إعطاء قدر قليل من الاهتمام والانتباه لدور المعرفة والتخصص في تحديد المهام واتخاذ القرارات .

♦♦ ساعد السلوكيون على تصميم نماذج هيكلية جديدة لمعالجة بعض القصور في النظرية الكلاسيكية مثل : تنظيم المشروع ، والتنظيم المصفوف .

١- التنظيم المصفوف هو المدخل الأكثر منطقية وملاءمة على ربط الكادر الصحي ((المهنيون الصحيون)) مباشرة بالتنظيم وكسب تعاونهم والتزامهم بأهداف التنظيم وزيادة مشاركتهم في اتخاذ القرارات الهامة في المنظمة .

تنظيم المشروع project organization :

ظهر في أمريكا عندما قررت إدارات بعض المشروعات الصناعية الفنية المعقدة ((الصناعات الفضائية)) تركيز مقدار كبير من الموارد والكفاءات لتحقيق هدف محدد ضمن مدة زمنية معينة . حيث ينضم فريق المشروع المؤلف من أخصائيين وفنيين متعددين ومختلفين معا تحت إشراف وقيادة مدير المشروع .

— يجري التركيز إلى حد كبير على الاتصالات الأفقية المباشرة بين الأخصائيين والعاملين في المشروع على النقيض من الهيكل التنظيمي الوظيفي . وبذلك يوفر قدرا أكبر من المرونة والاستجابة للأفكار الخلاقة والإبداع للعاملين في التنظيم .

— لا بد للمدير من تبني أسلوب إداري جديداً بحيث يتم التركيز على الموارد البشرية وغير البشرية بعيداً عن المدخل الوظيفي الذي يقوم على الهرمية حيث أن إدارة المشروع نشاط دائم الحركة والتغيير نمط يومي متكرر الحدوث والاحتكاك والنزاع الهادف بين عناصر التنظيم يمكن أن يكون ضروري كأسلوب ونمط حياة عند إدارته للمشروع عبر العديد من خطوط الاتصال الرأسي والأفقي .

— عند تطبيق مفهوم تنظيم المشروع على الهيكل الهرمي الوظيفي للمنظمات الصحية ينتج ما يسمى بالتنظيم المصفوف .

المنظمة الصحية كتنظيم مصفوف matrix organization:

- ينتج عن تطبيق مفهوم تنظيم المشروع على الهيكل الهرمي الوظيفي للمستشفى .
- وجود نوعين من التنسيق في أن واحد : تنسيق هرمي (عمودي) وتنسيق جانبي (أفقي).
- التنسيق الهرمي من خلال السلسلة الهرمية للأمر وتكوين الدوائر والأقسام.
- التنسيق الأفقي من خلال فريق رعاية المريض والذي يرأسه طبيب واحد ولرعاية مريض واحد .

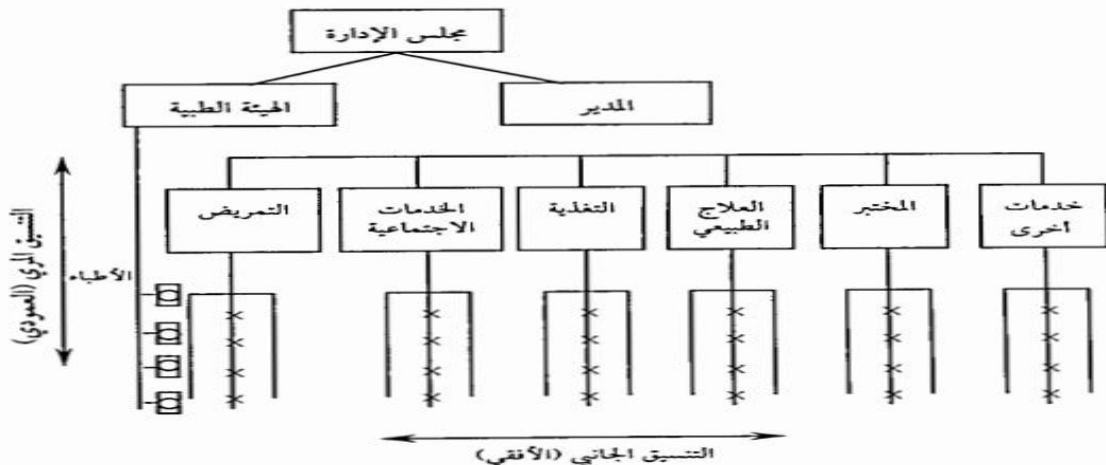
<< خصائص التنظيم المصفوف كما لخصها كيلاند وكنج :

- 1- التركيز على مفهوم المشروع بتعيين فرد واحد مشرف وقائد لفريق المشروع .
- 2- المرونة في استغلال العنصر البشري بسبب توفر الاحتياطي البشري من الاختصاصيين والاحتفاظ به على أساس من التنظيم الوظيفي .
- 3- تواجد المعرفة والمهارات المتخصصة لكافة المشاريع حيث يمكن تحويلها من مشروع لآخر حسب الحاجة .
- 4- عودة العاملين إلى وظائفهم عند انتهاء مهمتهم في المشروع .
- 5- استجابة أسرع لاحتياجات المشروع ((احتياجات ورغبات المرضى)) بسبب وضوح الاتصالات وبسبب مركزية اتخاذ القرار.
- 6- الانسجام والتناسق الإداري بين المشاريع المتعددة (فرق رعاية المرضى) .

♦♦♦ لابد للمدير الصحي عند محاولته تنظيم الأنشطة والفعاليات في المنظمة أن ينظم هذه الأنشطة على أساس من المبادئ الكلاسيكية مع إمكانية التحسين بما يتلاءم مع احتياجات إدارة المنظمة الصحية من خلال التعديل والاختيار بين النماذج التنظيمية التي أفرزتها نظريات التنظيم والإدارة .

شكل رقم (18)

التنظيم المصفوف



- 186 -

نظرية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي

(x) تشير هذه العلامة إلى عضو في الدائرة أو القسم بالإضافة إلى كونه عضو في فريق رعاية المريض.

O تشير هذه العلامة إلى قائد الفريق الطبي.

تصميم الهيكل التنظيمي :

وظيفة التنظيم : ربط العناصر البشرية والمادية في التنظيم مع بعضها على شكل وحدات تنظيمية يمكن إدارتها وتوجيهها نحو تحقيق أهداف المنظمة المرسومة .

— الهدف من وظيفة التنظيم :

تصميم الهيكل أو الإطار الذي يربط كل العناصر البشرية والمادية للتنظيم مع بعضها ومع أهداف المنظمة وهذا ما يسمى بالهيكل التنظيمي الرسمي .

— المبادئ الرئيسية التي تركز عليها نظرية التنظيم الرسمي :

- 1- مبدأ تقسيم العمل .
- 2- الهيكل التنظيمي هو الشبكة الرئيسية لتنظيم وإدارة الأنشطة المختلفة في التنظيم .
- 3- محدودية نطاق الإشراف ((حدود عليا لعدد المرؤوسين)) .
- 4- مبدأ وحدة الأمر (أي لكل مرؤوس رئيس واحد) .
- 5- أن تفويض السلطة دم الحياة للتنظيم .

— مكونات عملية التنظيم :

- 1- تأسيس الهيكل التنظيمي .
- 2- تحديد وتجميع الأنشطة المتشابهة ضمن وحدات أو دوائر تنظيمية (تكوين الدوائر) وتحديد المراكز الوظيفية .
- 3- تحديد وتأسيس وتوضيح علاقات السلطة داخل التنظيم .
- 4- تفويض السلطة .

— تكوين الدوائر :

يعني أن تجميع الأنشطة المتعددة ذات الطبيعة المتشابهة في وحدات إدارية مستقلة تسمى دوائر أو أقسام أو خدمات أو وحداتيرأس كل منها مدير ويفوض له مقدار من السلطة .

— هي الخطوة الأولى لتأسيس الهيكل التنظيمي الرسمي للمنظمة .

♦ مسؤولية تكوين الدوائر الرئيسية في التنظيم هي مسؤولية مدير المنظمة . ♦

— المداخل المتبعة لتكوين الدوائر :

أولاً : حسب الوظيفة by function :

من أكثر المداخل شيوعاً واستعمالاً في تكوين الدوائر : مثال خدمات التمريض . خدمات التغذية ، خدمات الصيانة
مزايا هذا المدخل :

- 1- الاستفادة من مبدأ التخصص .
- 2- تسهيل وظيفة التنسيق لوجود مشرف أو مدير واحد مسؤول عن نوع واحد من الأنشطة .
- 3- استثمار التخصصات النادرة والمتميزة في التنظيم .

ثانياً : حسب الخدمة المنتجة :

تقسيم المنظمة على أساس من الخدمة المنتجة مثلاً : قسم الجراحة , قسم الباطنة , قسم الأطفال .
<< يرأس كل قسم مدير مسؤول عن كافة الأنشطة داخل القسم بما في ذلك الأنشطة غير الطبية كأنشطة التمريض الغذاءالتدبير المنزليإلخ .

— مساوئ هذا المدخل :

ازدواجية الجهود والأنشطة مثال: لابد من وجود مديرة تمريض لكل قسم بدلاً من مديرة واحدة للتمريض كما في المدخل الوظيفي .

— صعوبة التنسيق بين خدمات التمريض لأن كل مديرة تمريض ترتبط بمدير مختلف .

— للمساوئ أعلاه فإنه غير مناسب للمنظمات الصحية .

ثالثاً : المدخل الجغرافي :

— ممكن تطبيقه في حالات محدودة :

١- انتشار أبنية المنظمة الصحية على مساحات جغرافية واسعة وبنفس الوقت تنفذ نفس الأنشطة في هذه المواقع.

٢- في حالة كون بناء المنظمة من النمط الرأسي (طوابق متعددة):

مثال: يمكن تقسيم خدمات التمريض إلى وحدات مثل وحدة تمريض الجراحة والباطنية-الطابق الثالث-الجناح الشرقي.

رابعاً : حسب المرضى :

يستعمل هذا المدخل خصائص الأفراد المستهلكين للخدمة الصحية كأساس لتكوين الدوائر.

دائرة مرضى العيادات الخارجية ، الطوارئ -العيادات الداخلية.....

خامساً : حسب العملية أو الجهاز المستعمل :

تجميع الأنشطة تبعاً للعملية المراد القيام بها أو تبعاً للجهاز اللازم للقيام بعمل ما.

— كل عمل في المنظمة الصحية يتطلب جهاز محدد سوف يتم تحويله إلى الدائرة المختصة.

مثال: دائرة الأشعةالمختبر.....

سادساً : حسب الوقت المحدد:

تجميع الأنشطة على أساس من الوقت المحدد إلى حد ما كما هو الحال في ترتيب المناوبات والشفطات لتغطية استمرارية العمل على مدار الساعة .

الهيكل المركب للمنظمة الصحية composite structure

— تكوين الدوائر ليس غاية في حد ذاتها فالمهم هيكل تنظيمي يخدم تحقيق أهداف المنظمة بشكل فعال وكفاء .

— لضمان ذلك لابد لإدارة المنظمة من اللجوء إلى استعمال أكثر من مدخل من الداخل السابقة عند تجميع الأنشطة وتكوين الدوائر .

— غالبية المنظمات الصحية لديها هيكل مركب يقوم على أكثر من مدخل في تكوين الدوائر .

مثال: مشرفة التمريض (مدخل وظيفي) في وحدة تمريض الجراحة (مدخل وظيفية فرعي) في الطابق الثالث (مدخل جغرافي) في المناوبة الليلية (مدخل الوقت).

المستويات الإدارية ونطاق الإشراف

تكوين الدوائر في التنظيم لا بد منه لتحقيق مبدأ تقسيم العمل والتخصص ومبدأ محدودية نطاق الإشراف ولذلك لا بد للمدير من إيجاد الدوائر المختلفة وتعيين مدراء أو مشرفين لهذه الدوائر ولا بد من تفويض السلطة اللازمة لهم وهكذا تنشأ في التنظيم الدوائر الرئيسية والفرعية ويتضح نطاق الإشراف وعدد المستويات الإدارية في الهيكل التنظيمي .

العلاقة بين المستويات الإدارية ونطاق الإشراف :

- علاقة عكسية << كلما اتسع نطاق الإشراف قل عدد المستويات الإدارية والعكس صحيح .

- هناك حدود عليا لنطاق الإشراف .

- في كثير من المنظمات كبيرة الحجم لدى المدير العام ٥-٨ مرؤوسين يرتبطون به مباشرة وكلما نزلنا أسفل الهرم الإداري ازداد نطاق الإشراف .

- يعتمد نطاق الإشراف على عدد من العوامل قبل تقريره :

١- مؤهلات المدير .

٢- قدرات وطاقات المرؤوسين : ((كلما زادت قدراتهم وكفاءتهم أمكن توسيع نطاق الإشراف)) .

٣- توافر الاختصاصيين والخبراء داخل التنظيم ((يمكنهم تقديم العون والمساعدة للمدير)) . وجود الاختصاصيين يمكن توسيع نطاق الإشراف .

٤- أهمية الأنشطة التي ينفذها المرؤوسين وتنوعها <<< كلما كانت الأنشطة مهمة أو تتغير باستمرار كلما كان نطاق الإشراف أقل .

أنشطة روتينية متكررة << يتسع نطاق الإشراف ((٢٥-٣٠)) مرؤوس .

أنشطة متعددة غير روتينية << يقل نطاق الإشراف (٥-٣) مرؤوس .

٥- ديناميكية وتعقد النشاطات :

- دوائر تتعامل مع أنشطة ديناميكية غير متوقعة وتتميز بالتغيير المستمر كوحدة القلب... << نطاق الإشراف ضيق

- دوائر تتعامل مع أنشطة مستقرة روتينية كخدمات الغذاء <<< نطاق إشراف واسع

٦- الدرجة التي يمكن معها تطبيق أو تبني أهداف ومعايير محددة للأداء وإنجاز الأعمال فكلما أمكن ذلك قلت حاجة المرؤوس للاتصال برئيسه والرجوع إليه وأمكن توسيع نطاق الإشراف .

علاقات السلطة داخل المنظمة الصحية:

< السلطة هي حق المدير في اتخاذ القرار وحق التصرف وامتلاك السلطة هو الذي يجعل المدير مديراً بمعنى الكلمة .
هناك ٣ أنواع من السلطة في المنظمة الصحية :

١- السلطة التنفيذية line authority .

٢- السلطة الاستشارية staff authority .

٣- السلطة الوظيفية functional authority .

كثيراً من مشاكل التنسيق والاتصال في المنظمة تعود إلى عدم وضوح وتحديد علاقات السلطة بين عناصر التنظيم .
لذلك لابد من توضيح علاقات السلطة داخل التنظيم بحيث يعرف كل مدير ومشراف ماهية العلاقة التي تربطه
بالتنظيم ؟ هل يتمتع بسلطة تنفيذية أم سلطة استشارية أم سلطة وظيفية ؟

♦♦ يجب توضيح ذلك ((علاقات السلطة)) من خلال الخريطة التنظيمية التي تبين الارتباطات والعلاقات ومن خلال الوصف الوظيفي .

السلطة التنفيذية:

تعريفها: حق اتخاذ القرار أو سلطة إعطاء الأوامر وتوجيه الآخرين .

- خطوط مباشرة للسلطة توضح السلسلة الرسمية للأمر .

- مبدأ وحدة الأمر .

- لابد من توفير الدوائر الاستشارية (في المنظمة الصحية) لتقديم النصح والمشورة لإدارة المنظمة حيث يحتاج التنظيم إلى عدد من المتخصصين تمنح لهم سلطات استشارية لتقديم الاقتراحات والتوصيات وقد يعطى هؤلاء سلطة وظيفية لإصدار أوامر واتخاذ قرارات في مجالات معينة ومحدودة .

- السلطة الاستشارية:

تقتصر غالباً على تقديم الاقتراحات والتوصيات لإدارة المنظمة في مجالات معينة ومحدودة دون إلزام المدير للأخذ بها

- ليست أقل أهمية من السلطة التنفيذية وهي مكملتها .

- السلطة الوظيفية:

إعطاء سلطة لشخص لاتخاذ القرارات وإصدار الأوامر انطلاقاً من المعرفة المتميزة له في حقل أو تخصص معين .

- تمنح السلطة عادة من قبل مدير المنظمة لبعض العناصر في التنظيم .

- هناك نوع آخر من السلطة الوظيفية في المنظمة الصحية يمارسها بعض عناصر التنظيم دون أن تكون ممنوحة له من قبل المدير ومثالها << الأطباء حيث يتمتعون بقدر كبير من السلطة الوظيفية تنبثق من المعرفة والمهارة لديهم

والتي تعطى لهم الحق في إصدار الأوامر واتخاذ القرارات في كل ما يتعلق بمعالجة مرضاهم حيث يمكن إعطاء الأوامر لجهاز التمريض واللفنيين في الأشعة والمختبر وخدمات الغذاء مما يشكل ازدواجية في السلطة ويتعارض مع مبدأ وحدة الأمر وقد يسبب ذلك حدوث تضارب بين الجهاز الإداري والجهاز الطبي في المنظمة حيث قد يفسر ذلك أحياناً بتدخل كل منهما في مسؤوليات الآخر لذلك لجأت بعض المنظمات الصحية إلى زيادة مشاركة الأطباء في إدارة المنظمة وخاصة في المسائل الفنية .

تفويض السلطة :

- تفويض السلطة يخلق التنظيم ويثبت روح الحياة فيه .
- تفويض السلطة لا يعني أن يتنازل المدير عن كل سلطاته لمؤوسيه فالمدير المفوض يحتفظ دائماً بالسلطة الكلية .
- يتم توزيع السلطة على التنظيم كله من خلال عملية التفويض وهي تسري من أعلى الهرم الإداري كمصدر للسلطة إلى أسفل الهرم وعلى كافة المستويات الإدارية انتهاءً بأدنى مستوى إشرافي .
- تنبثق السلطة من مجلس الإدارة وتسري إلى مدير المنظمة ومنه إلى مدراء الدوائر ومنهم إلى مشرفي الخط الأول .

— عملية تفويض السلطة :

تتكون من ثلاث مكونات متصلة ومتراصة غير قابلة للفصل ولا بد من توافرها جميعاً :

١- تحديد الواجبات الوظيفية .

٢- منح السلطة .

٣- قبول المسؤولية .

تحديد الواجبات :

الخطوة الأولى في عملية تفويض السلطة هي تحديد واجبات ومهام المرؤوسين في التنظيم الذين ستفوض لهم السلطة ومن أهم الاعتبارات في ذلك توزيع المهام بشكل عادل ليتمكن كل مرؤوس من القيام بواجباته بشكل مرضي . ويتطلب ذلك معرفة المدير وتفهم طبيعة ومفردات كل نشاط أو عمل ولا بد للمدير من أن يولي مسألة تدريب وتنمية الموظفين لإيجاد العدد الكافي من الموظفين المدربين على القيام بتنفيذ المهام الأكثر صعوبة .

منح السلطة :

- يجب أن تكون السلطة الممنوحة للمرؤوس كافية ومناسبة لتمكينه من القيام بواجباته فإذا كانت أكثر من اللازم وجب سحب جزء منها وإذا كانت أقل من اللازم وجب زيادتها .

- منح السلطة يجب أن يتبع مبدأ وحدة الأمر ((كل مرؤوس يتلقى السلطة والأمر من رئيس واحد) .

قبول المسؤولية :

- المكون الثالث ويعني خلق الالتزام لدى المرؤوس تجاه رئيسه لتنفيذ الواجبات المحددة له .

- قبول هذا الالتزام من جانب المرؤوس هو الذي يخلق المسؤولية وبدونه لا تكتمل عملية التفويض .

والمسؤولية هي : التزام المرؤوس بالقيام بالواجبات والمهام المحددة له والمطلوبة منه .

- لا يمكن فرض المسؤولية بشكل تعسفي على المرؤوس بل تتم بالاتفاق المتبادل بين الرئيس والمرؤوس .

♦♦ المسؤولية لا يمكن تفويضها كما هو الأمر بالنسبة للسلطة . فلا يمكن نقل المسؤولية أو جزء منها أو تفويضها من الرئيس للمرؤوس .

— المساواة بين المكونات الثلاثة :

السلطة والمسؤولية والواجبات يجب أن تكون متكافئة ومتساوية ((أي لا بد من وجود سلطة كافية)) .

عدم التناسق والتكافؤ بينها يؤدي إلى نتائج غير مرغوبة / عند تغيير أحدها لا بد من تغيير المكونين الآخرين .

- درجة تفويض السلطة :

- درجة تفويض السلطة تدل على مدى مركزية التنظيم (مركزي لا مركزي).

- درجة عالية من المركزية نمط يوجد في المؤسسات الصغيرة .

- تتضح لا مركزية التنظيم من خلال عاملين :

١- أهمية القرارات التي تتخذ من قبل المدراء المفوض لهم السلطة .

٢- عدد القرارات التي تتخذها المستويات الدنيا .

زيادة أهمية القرارات التي تتخذ من المستويات الدنيا وزيادة عددها مؤشر على لا مركزية التنظيم .

♦♦ عامل الوقت مهم في حل مشكلة درجة تفويض السلطة <<< مراحل المنظمة الأولى هناك قدر محدود من اللامركزية وفي المراحل التالية لا بد من التوجه نحو قدر أكبر من لامركزية التنظيم ليكون هناك الوقت الكافي للإدارة المركزية للقيام بوظيفة التخطيط .

- لا بد من وجود تطور وتقدم تدريجي باتجاه لامركزية السلطة يتكافأ مع نمو واتساع المؤسسة .

مزايا ومساوئ تفويض السلطة :

المزايا :

- زيادة المرونة واتخاذ إجراءات سريعة .

- إنتاج قرارات أفضل وأصوب كون الرئيس المباشر هو أكثر معرفة بطبيعة لا عمل ومتطلباته .

- تفويض السلطة لأسفل الهرم يرفع معنويات العاملين ويزيد اهتمامهم بأعمالهم .

- توفير فرص جيدة لتدريب وتنمية الموظفين وتأهيلهم لاستلام مسؤوليات أكبر .

المساوئ :

- عدم احتياج المشرف أو رئيس الدائرة إلى مساعدة من المستويات الإدارية الأعلى يؤدي إلى ازدواجية الجهود والتكلفة .

- قد يكون هناك ضعف في الرقابة على الأنشطة .

♦♦ ملخص مهم ص: ٢٠٣-٢٠٦ في الكتاب .



إن الخطوة الأولى الرئيسة للمدير عند ممارسته لوظيفة التنظيم هي تصميم الهيكل التنظيمي الرسمي الذي يمكن المنظمة من تحقيق أهدافها المرسومة. وعند

الفصل السابع

تصميمه للهيكل لا بد له من الاسترشاد بالمبادئ الأساسية التي تقوم عليها نظرية التنظيم الرسمي مبتدئاً بتطبيق مبدأ تقسيم العمل والتخصص لضمان كفاءة التشغيل. حيث يقوم بتجميع الأنشطة المتعددة في دوائر وأقسام متميزة ويعين مديراً مسؤولاً لكل دائرة. وهناك طرق ومداخل متعددة لتكوين الدوائر وأكثر هذه المداخل شيوعاً هو المدخل الوظيفي حيث يتم تجميع الأنشطة المتشابهة ضمن دائرة واحدة. وبالإضافة إلى هذا المدخل يمكن للمدير تكوين الدوائر باستعمال أكثر من مدخل واحد وفي الممارسة نجد أن كثيراً من المنظمات الصحية تتبنى هيكلاً مركباً يقوم على مداخل متعددة.

والخطوة الثانية في وظيفة التنظيم هي أن يحدد المدير عدد المستويات الإدارية في الهيكل التنظيمي ونطاق الإشراف في كل مستوى. ونطاق الإشراف هو مبدأ أساسي آخر في نظرية التنظيم والذي يفيد بأن هنالك حدود عليا لعدد المرؤوسين الذين يمكن لأي مدير الإشراف عليهم بشكل فعال. ويتأثر نطاق الإشراف بعدد من العوامل والتي تجعل منه نطاقاً واسعاً أو ضيقاً وهذه العوامل هي قدرات المدير، والخبرات السابقة للمرؤوسين وتدريبهم، وحجم وطبيعة العمل الذي سيتفقد، وتواجد العناصر الاستشارية والخبراء الذين يمكنهم تقديم العوم والمساعدة للإدارة في مواضيع محددة ومتخصصة. وجدير بالقول هنا أنه ليس هنالك عدد مثالي لعدد المرؤوسين الذي يمكن للمدير الإشراف عليهم بفعالية ولكن على المدير أن يعرف بأنه كلما كان نطاق الإشراف أصغر كلما احتاج التنظيم إلى عدد أكبر من المشرفين وهذا سوف يحدد الشكل النهائي للتنظيم ففي حالة اتساع نطاق الإشراف يكون التنظيم هرمي أفقي وفي حالة ضيق نطاق الإشراف يكون التنظيم هرمي رأسي.

والخطوة الثالثة في تأسيس الهيكل التنظيمي الرسمي هي تحديد علاقات السلطة في التنظيم. أي فيما إذا كانت الدوائر ترتبط بالتنظيم بعلاقة تنفيذية أم علاقة استشارية

وهل تتمتع الدوائر الاستشارية بسلطة وظيفية أم لا؟

نظرية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي

إن السلطة التنفيذية والاستشارية هما شكلان مختلفان لعلاقات السلطة داخل التنظيم وهذا يعني أن أحدهما ليس أكثر أهمية من الأخرى بل يكملان بعضهما ويهدفان إلى تحقيق أهداف التنظيم.

إن الفرق بين المدير التنفيذي والمدير الاستشاري هو أن الأول يتمتع بسلطة إعطاء الأوامر واتخاذ القرار، بينما الثاني تقتصر سلطته على وضع التوصيات والاقترحات وتقديم المشورة غير الملزمة للمدير التنفيذي إلا أنه قد يمنح مدير المنظمة أحياناً المدير الاستشاري حق إصدار الأمر واتخاذ القرار في مجال محدد معتمداً في ذلك عن خبرة ومهارة ومعرفة المدير الاستشاري المتميزة في مجال متخصص وهذا ما يسمى بالسلطة الوظيفية في التنظيم والتي تتعارض مع مبدأ وحدة الأمر المشار إليه سابقاً. ومن ناحية أخرى نجد في المنظمة الصحية أن الأطباء (سواء منهم من يتقاضى راتبه من المنظمة كموظف أو الذين يعطي لهم امتيازات إدخال ومعالجة مرضاهم في المنظمة كأطباء خارجيين) يتمتعون بسلطة وظيفية ليست ممنوحة لهم من قبل المدير بل اكتسبونها انطلاقاً من معرفتهم المتخصصة والمتميزة التي تؤهلهم دون غيرهم لممارسة الطب. حيث يستطيع هؤلاء إصدار الأوامر واتخاذ القرار في كل الأمور المتعلقة بمعالجة مرضاهم. ومن هذا المنطلق يستطيعون إصدار الأوامر لجهاز التمرير وقتسي المختبر والأشعة والغذاء وغيرهم من الموظفين الذي يرتبطون رسمياً بدوائر رؤساء آخرين مما يشكل تضارباً مع مبدأ وحدة الأمر ونوعاً من الازدواجية السلطة.

وبالرغم من ذلك فإن هذه القنوات الإضافية لإعطاء الأمر في المنظمات الصحية هي أمر طبيعي وشائع ولا بد من التعايش معه.

والخطوة الرابعة في تأسيس الهيكل التنظيمي هي تفويض السلطة ويمكن تعريف السلطة بأنها حق اتخاذ القرار وحق التصرف وهي التي تجعل من المركز الإداري مركزاً حقيقياً وبمعنى الكلمة والمدير الجيد يجب أن يعرف كيف يستعمل سلطته الرسمية

وكيف يفوض بعضاً منها لمؤوسيه. ومن خلال عملية تفويض السلطة فإن الإدارة تخلق التنظيم وتتكون عملية التفويض من ثلاثة عناصر هي تحديد المهام والواجبات ومنح السلطة وقبول المسؤولية وهذه العناصر الثلاثة مكملة لبعضها وغير قابلة

- 205 -

الفصل السابع

للفصل بينها كما يجب أن تكون متكافئة وطالما ان عملية التفويض هي التي تخلق التنظيم فالمسألة ليست خياراً بين التفويض أو عدم التفويض بل إلى أي مدى يجب أن نفوض السلطة.

فإذا تم تفويض قدر كبير من السلطة من أعلى الهرم إلى كافة المستويات الإدارية وإلى المستوى الإشرافي الأول فإننا نخرج بتنظيم غاية في اللامركزية والعكس يتبع عنه تنظيم غاية في المركزية. ومع أن المركزية يمكن أن تكون مناسبة عندما يكون التنظيم في بداية تكوينه وعمله فإن هنالك مزايا تنتج من اللامركزية وإحدى هم هذه المزايا هو زيادة حقز المؤوسين.

أسئلة الفصل السابع : نظرية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي

- أجب بصح أو خطأ:

- 1- أول الأهداف الرئيسية للمنظمة الصحية هو الوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها قبل استفحالها (ص) (خ).
- 2- بسبب الدرجة العالية من التخصص والتقسيم الواسع للعمل في المنظمة الصحية نجد أن كل شخص فيها يعتمد إلى حد كبير في إنجاز عمله والقيام بدوره في التنظيم على غيره من العاملين (ص) (خ).
- 3- الجزء الأكبر من خدمات المنظمة الصحية ذا طبيعة طارئة وغير قابل للتأجيل أو التأخير أو الانتظار (ص) (خ).
- 4- الطبيعة الطارئة للخدمة الصحية تجعل المدراء والمشرفين يتبنون أسلوب الإدارة بالأهداف بدلاً من أسلوب إدارة الأزمات والأسلوب الأوتوقراطي أكثر من الأسلوب الديمقراطي (ص) (خ).
- 5- الغموض المتضمن في المجال الطبي نتيجة الحالة الطارئة يدفع بعض الأطباء لخلق طلب غير مبرر على أسرة المستشفى وخدماته (ص) (خ).
- 6- يتم رقابة وتقييم الأنشطة الطبية عن طريق الهيئة الطبية (ص) (خ).
- 7- المنظمة الصحية تنظيم بيروقراطي (ص) (خ).
- 8- يركز التنظيم البيروقراطي على عدد من المبادئ التنظيمية الأساسية ومنها العلاقات الرسمية بين العاملين في التنظيم (ص) (خ).
- 9- يركز التنظيم البيروقراطي على عدد من المبادئ التنظيمية الأساسية ومنها تقسيم العمل على أساس من التخصص الوظيفي وسلسلة هرمية محددة للسلطة (ص) (خ).
- 10- التوجه في السنوات الأخيرة لأسلوب الإدارة بالمشاركة في المنظمات الصحية (ص) (خ).
- 11- الاهتمام بتحقيق مستوى عال من كفاءة الإنجاز يدفع الإدارة والجهات الرسمية إلى استعمال وسائل شبه بيروقراطية لإدارة وتنظيم ورقابة الأنشطة (ص) (خ).
- 12- غياب النظرية الإدارية والتنظيمية الخاصة بمؤسسات القطاع الصحي دفعها إلى الأخذ بالمبادئ المعروفة للإدارة والتنظيم التي انبثقت من مؤسسات الأعمال والصناعة (ص) (خ).
- 13- رعاية المرضى مخرجات رئيسية للمنظمة الصحية وتعتبر خدمات فردية نمطية متشابهة (ص) (خ).
- 14- رعاية المرضى يمكن تنميطها وتخطيطها بشكل مسبق على أساس خط التجميع أو الإنتاج الكبير (ص) (خ).
- 15- الدرجة العالية من الاحتراف والمهنية للأطباء لا يشكل مصدراً للمشاكل الإدارية والتشغيلية لإدارة المنظمة (ص) (خ).
- 16- يميل الأطباء لاستعمال معارفهم وفقاً لمعايير مهنة الطب لا وفقاً للقواعد والتعليمات التي تضعها السلطة الإدارية (ص) (خ).
- 17- السلطة في المنظمة الصحية لا تنبثق من مصدر واحد ولا تسلسل عبر خط واحد للأمر (ص) (خ).
- 18- يتمتع المدير الصحي بسلطة أعلى من نظرائه في مؤسسات الأعمال والصناعة (ص) (خ).
- 19- المنظمات الصحية يمكن تنظيمها على أساس من خط السلطة المنفرد (ص) (خ).
- 20- لا بد للمديرين عند تنظيم الأنشطة التي يديرونها من الاختيار بين نظريات ونماذج ومفاهيم مختلفة ومتعارضة (ص) (خ).
- 21- ركزت الإدارة العلمية على العمل المنفذ عند المستوى الأدنى من التنظيم بينما ركزت النظرية التقليدية على التنظيم ككل (ص) (خ).

- ٢٢- ينظر السلوكيين إلى قضية تصميم الهيكل التنظيمي كإحدى الوظائف الإدارية (التخطيط...التوجيه...) (ص) (خ).
- ٢٣- مفهوم البيروقراطية كما استعمله فيبر لا يعني شيئاً مختلفاً كلياً عن المفهوم الشائع عند كثير من الناس الذي يربطها بمفاهيم سلبية تقود لازدواجية الجهود وتأخير تنفيذ العمل (ص) (خ).
- ٢٤- النموذج البيروقراطي يعتمد الكفاءة الفنية كأساس للتعيين وترقية العاملين (ص) (خ).
- ٢٥- التنسيق مهمة صعبة وليس من السهل تحقيقها (ص) (خ).
- ٢٦- يقصد بالنظام الإداري الإجراءات الرسمية التي تتبع لتنفيذ الأنشطة الروتينية في التنظيم (ص) (خ).
- ٢٧- يمكن للنظام الإداري تنسيق الأنشطة غير الروتينية من خلال المذكرات الرسمية (ص) (خ).
- ٢٨- يغيب مبدأ وحدة القيادة في بيئة العمل الصحية وفي كثير من الأقسام والدوائر فيها (ص) (خ).
- ٢٩- من المبادئ الكلاسيكية للتنظيم محدودية نطاق الإشراف (ص) (خ).
- ٣٠- يرى المنظرون الكلاسيكيون أن القرارات يجب أن تتخذ عند أدنى مستوى في التنظيم (ص) (خ).
- ٣١- ساعد الكلاسيكيون على تصميم نماذج هيكلية جديدة لمعالجة بعض القصور في النظرية التقليدية مثل : تنظيم المشروع، والتنظيم المصفوف (ص) (خ).
- ٣٢- تنظيم المشروع هو المدخل الأكثر منطقية وملاءمة على ربط الكادر الصحي ((المهنيون الصحيون)) مباشرة بالتنظيم وكسب تعاونهم والتزامهم بأهداف التنظيم وزيادة مشاركتهم في اتخاذ القرارات الهامة في المنظمة (ص) (خ).
- ٣٣- التنسيق الأفقي في التنظيم المصفوف من خلال فريق رعاية المريض والذي يرأسه طبيب واحد ولرعاية مريض واحد (ص) (خ).
- ٣٤- وظيفة التنظيم : ربط العناصر البشرية والمادية في التنظيم مع بعضها على شكل وحدات تنظيمية يمكن إدارتها وتوجيهها نحو تحقيق أهداف المنظمة المرسومة (ص) (خ).
- ٣٥- المدخل الجغرافي غير مناسب للمنظمات الصحية (ص) (خ).
- ٣٦- مدخل الوظيفة لتكوين الدوائر في المنظمة الصحية يطبق في حالات محدودة (ص) (خ).
- ٣٧- العلاقة بين المستويات الإدارية ونطاق الإشراف علاقة طردية (ص) (خ).
- ٣٨- ليس هناك حدود عليا لنطاق الإشراف (ص) (خ).
- ٣٩- في كثير من المنظمات كبيرة الحجم لدى المدير العام ٥-٨ مرؤوسين يرتبطون به مباشرة وكلما نزلنا أسفل الهرم الإداري قل نطاق الإشراف (ص) (خ).
- ٤٠- كلما أمكن تطبيق أو تبني أهداف ومعايير محددة للأداء وإنجاز الأعمال قلت حاجة المرؤوس للاتصال برئيسه والرجوع إليه وأمكن توسيع نطاق الإشراف (ص) (خ).
- ٤١- كثيراً من مشاكل التنسيق والاتصال في المنظمة تعود إلى عدم وضوح وتحديد علاقات السلطة بين عناصر التنظيم (ص) (خ).
- ٤٢- كثيراً من مشاكل التنسيق والاتصال في المنظمة تعود إلى عدم وضوح وتحديد علاقات السلطة بين عناصر التنظيم (ص) (خ).

- ٤٣- السلطة الاستشارية أقل أهمية من السلطة التنفيذية ولا يلزم المدير بأخذ توصياتها (ص) (خ).
- ٤٤- الأطباء حيث يتمتعون بقدر كبير من السلطة التنفيذية في المنظمة الصحية تنبثق من المعرفة والمهارة لديهم (ص) (خ).
- ٤٥- تفويض السلطة يعني أن يتنازل المدير عن كل سلطاته لرؤوسيه فالمدير المفوض لا يحتفظ دائماً بالسلطة الكلية (ص) (خ).
- ٤٦- تنبثق السلطة من مدير المنظمة ومنه إلى مدراء الدوائر ومنهم إلى مشرفي الخط الأول (ص) (خ) ❖.
- ٤٧- عملية تفويض السلطة: تتكون من ثلاث مكونات غير متصلة و غير مترابطة ولا يلزم توافرها جميعاً (ص) (خ).
- ٤٨- إذا كانت السلطة الممنوحة للمرؤوس أكثر من اللازم وجب سحب جزء منها وإذا كانت أقل من اللازم وجب زيادتها (ص) (خ).
- ٤٩- منح السلطة يجب أن يتبع مبدأ وحدة الأمر (ص) (خ).
- ٥٠- يمكن فرض المسؤولية على المرؤوس (ص) (خ).
- ٥١- المسؤولية يمكن تفويضها أو جزء منها من الرئيس للمرؤوس (ص) (خ).
- ٥٢- السلطة والمسؤولية والواجبات يجب أن تكون متكافئة ومتساوية و عند تغيير أحدها لا بد من تغيير المكونين الآخرين (ص) (خ).
- ٥٣- درجة تفويض السلطة تدل على مدى مركزية التنظيم (ص) (خ).
- ٥٤- زيادة أهمية القرارات التي تتخذ من المستويات الدنيا وزيادة عددها مؤثر على لا مركزية التنظيم (ص) (خ).
- ٥٥- لا بد من وجود تطور وتقدم تدريجي باتجاه مركزية السلطة يتكافأ مع نمو واتساع المؤسسة (ص) (خ).
- ٥٦- من مساوئ تفويض السلطة عدم احتياج المشرف أو رئيس الدائرة إلى مساعدة من المستويات الإدارية الأعلى (ص) (خ).
- ٥٧- من مزايا تفويض السلطة إنتاج قرارات أفضل وأصوب (ص) (خ).

- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :

- ١- هذا النمط من التنسيق يفي بالعرض في التنظيمات البسيطة والصغيرة الحجم : ((التنسيق من خلال النظام الإداري / التنسيق من خلال الهرمية / التنسيق التطوعي / جميع ما ذكر)) .
- ٢- السلطة التي يتمتع بها المدير الصحي: ((أعلى / أقل / مساوية /)) للمسؤوليات التي يتحملها.
- ٣- تنظيم يتطلب تركيز مقدار كبير من الموارد والكفاءات لتحقيق هدف محدد ضمن مدة زمنية معينة: ((التنظيم البيروقراطي / التنظيم الوظيفي / تنظيم المشروع / تنظيم المصفوف)) .
- ٤- يجري التركيز إلى حد كبير على الاتصالات الأفقية المباشرة : ((التنظيم البيروقراطي / التنظيم الوظيفي / تنظيم المشروع / تنظيم المصفوف)) .
- ٥- وجود نوعين من التنسيق في آن واحد : تنسيق هرمي (عمودي) وتنسيق جانبي (أفقي) في : ((التنظيم البيروقراطي / التنظيم الوظيفي / تنظيم المشروع / تنظيم المصفوف)) .
- ٦- التركيز على مفهوم المشروع بتعيين فرد واحد مشرف وقائد لفريق المشروع في ((التنظيم البيروقراطي / التنظيم الوظيفي / تنظيم المشروع / تنظيم المصفوف)) .

٧- المرونة في استغلال العنصر البشري بسبب توفر الاحتياطي البشري من الاختصاصيين والاحتفاظ به على أساس من التنظيم الوظيفي في: ((التنظيم البيروقراطي / التنظيم الوظيفي / تنظيم المشروع / تنظيم المصنوف)).

٨- تقوم على مبادئ وحدة الأمر وتقسيم العمل ومحدودية نطاق الإشراف: ((التنظيم البيروقراطي / التنظيم الوظيفي / نظرية التنظيم الرسمي / تنظيم المصنوف/أ+ج)). ❖

٩- يرأس كل قسم مدير مسؤول عن كافة الأنشطة داخل القسم بما في ذلك الأنشطة غير الطيبة وفقاً لمدخل: ((الوظيفة / الخدمة المنتجة / المدخل الجغرافي / حسب العملية أو الجهاز المستعمل)) من مداخل تكوين الدوائر.

١٠- من أكثر المداخل شيوعاً واستعمالاً في تكوين الدوائر في المنظمة الصحية: ((الوظيفة / الخدمة المنتجة / المدخل الجغرافي / حسب العملية أو الجهاز المستعمل)) .

١١- في حالة كون بناء المنظمة من النمط الرأسي يطبق المدخل: ((الوظيفة / الخدمة المنتجة / المدخل الجغرافي / حسب العملية أو الجهاز المستعمل)) .

١٢- إعطاء سلطة لشخص لاتخاذ القرارات وإصدار الأوامر انطلاقاً من المعرفة المتميزة له في حقل أو تخصص معين تعريف: ((السلطة الوظيفية / السلطة الاستشارية / السلطة التنفيذية/ أ+ج)).

١٣- يعني خلق الالتزام لدى المرؤوس تجاه رئيسه لتنفيذ الواجبات المحددة له: ((تحديد الواجبات / منح السلطة / قبول المسؤولية/ ب+ج)).

١٤- التزام المرؤوس بالقيام بالواجبات والمهام المحددة له والمطلوبة منه: ((تحديد الواجبات / منح السلطة / قبول المسؤولية/ ب+ج)).

أكمل الفراغ فيما يلي :

١- أول نظرية إدارية تعاملت مع القضايا الأكثر تعقيداً مثل تكوين الدوائر في التنظيم وتحديد نطاق الإشراف وقضايا تفويض السلطة هي

٢- تقوم النظرية التقليدية للتنظيم على عدد من المبادئ والمفاهيم التنظيمية من أهمها وأكثرها شيوعاً وتطبيقاً:

١-.....٢-.....٣-.....٤-.....

.....٥-.....٦-.....

٣- هناك ثلاث وسائل أساسية يمكن للإدارة تحقيق التنسيق من خلالها: ١-.....٢-.....٣-.....

٤- يشير هذا المبدأ إلى أن كل مرؤوس في التنظيم هو مسؤولاً أمام مشرف واحد ويتلقى الأوامر من شخص واحد.....

٥- عند تطبيق مفهوم تنظيم المشروع على الهيكل الهرمي الوظيفي للمنظمات الصحية ينتج ما يسمى بالتنظيم

٦- تكوين الدوائر يعني

٧- مسؤولية تكوين الدوائر الرئيسية في التنظيم هي مسؤولية.....

٨- تكوين الدوائر في التنظيم لا بد منه لتحقيق مبدأ ومبدأ

٩- السلطة هي :

١٠- هناك ٣ أنواع من السلطة في المنظمة الصحية: ١-.....٢-.....٣-.....

١١- علاقات السلطة توضح من خلال : ١-.....٢-.....

١٢- هناك نوع آخر من السلطة الوظيفية في المنظمة الصحية يمارسها بعض عناصر التنظيم دون أن تكون ممنوحة له من قبل المدير ومثالها :

١٣- الخطوة الأولى في عملية تفويض السلطة هي

١٤- هو الذي يخلق المسؤولية وبدونه لا تكتمل عملية التفويض.....

١٥- تتضح لا مركزية التنظيم من خلال عاملين: ١- ٢-.....

- أجب عن الأسئلة التالية :

١- اذكر بعض الخصائص المميزة للمنظمة الصحية.

٢- يركز التنظيم البيروقراطي على عدد من المبادئ التنظيمية الأساسية اذكر بعضها منها .

٣- اذكر تعريف فردسون للشخص المهني .

٤- عرف التنسيق وكيف ينظر له الكلاسيكيين؟

٥- ماهي الانتقادات التي وجهها السلوكيون للمدخل الكلاسيكي .

٦- عدد خصائص التنظيم المصفوف كما لخصها كليلاند وكنج .

٧- عدد المبادئ الرئيسية التي تركز عليها نظرية التنظيم الرسمي.

٨- اذكر مكونات عملية التنظيم.

٩- ما هي الخطوة الأولى لتأسيس الهيكل التنظيمي الرسمي للمنظمة؟❖

١٠- عدد المداخل المتبعة لتكوين الدوائر.

١١- اذكر نوع المدخل المتبع لتكوين الدوائر الذي يمثله ما يلي : أ- دائرة مرضى العيادات الخارجية. ب- ترتيب المناوبات والشفقات ج- قسم الجراحة. د- خدمات التمريض هـ- المختبر.

١٢- عرف الهيكل المركب للمنظمة الصحية.

١٣- عدد فوائد تكوين الدوائر في التنظيم.

١٤- يعتمد نطاق الإشراف على عدد من العوامل قبل تقريره.... عدد هذه العوامل.

١٥- وضح مدى زيادة أو تقليل نطاق الإشراف في الحالات التالية : أ- زيادة كفاءة الرؤوسين .

ب- توافر الاختصاصيين . ج- أنشطة مهمة . د- أنشطة تتغير باستمرار . هـ - أنشطة متعددة غير روتينية.

١٦- لماذا لجأت بعض المنظمات الصحية إلى زيادة مشاركة الأطباء في إدارة المنظمة؟

١٧- اذكر مكونات عملية تفويض السلطة .

الفصل الثامن

الرقابة في المنظمة الصحية

تعريف الرقابة :

عملية تنظيم موارد وفعاليات وأنشطة التنظيم وفقاً لمتطلبات الخطط .

- في التعريف أعلاه إشارة إلى الترابط القوي والمباشر بين عملية الرقابة وعملية التخطيط .

تعريف ٢ الرقابة : عملية مقارنة النتائج الفعلية ((الإنجازات)) مع النتائج المخططة ((الأهداف)) واتخاذ الإجراء التصحيحي اللازم في حالة الانحراف .

الهدف من الرقابة :

التأكد من أن الأنشطة والفعاليات في التنظيم تسير وفقاً لما هو مخطط لها وباتجاه تحقيق الأهداف المحددة وكشف أية انحرافات عن هذه الأهداف ومعرفة أسبابها وتصحيحها

أهمية الرقابة في منظمات الرعاية الصحية :

للرقابة أهمية أعظم في المنظمات الصحية عنها في غيرها للأسباب التالية :

- ١- الطبيعة غير المرنة للطلب على معظم الخدمات وعدم خضوعه لقانون العرض والطلب .زيادة ومحدودية الموارد والتكلفة المرتفعة جداً يستلزم توجيه الانتباه والاهتمام إلى ترشيد استعمال هذه الموارد .
 - ٢- الاعتماد على إمكانات بشرية هائلة من حيث الحجم والتخصص وارتفاع التكلفة حيث تبلغ تكلفة العنصر البشري في المستشفى ٦٠-٧٠ ٪ من التكلفة الكلية للتشغيل مما يستلزم رقابة العنصر البشري واستخدامه الاستخدام الأمثل وزيادة إنتاجيته كأفضل مدخل لاحتواء وضبط التكلفة
 - ٣- الإحلال والتطوير للتكنولوجيا الطبية زاد مدى الخدمات scope of services التي يمكن أن تقديمها لكل مريض مما يزيد تكلفة إنتاج الخدمة لذلك لا بد من رقابة فعالة لضبط استعمال التكنولوجيا حيث أن طلب الأطباء للخدمات والفحوصات قد لا يكون ضروري ومطلوب للمرضى
 - ٤- الخلل والخطأ في تقديم خدمات الرعاية الطبية لا يمكن إصلاحه ولا يحتمل التأخير والانتظار غالباً مما يستوجب رقابة فعالة ومستمرة لضمان جودة هذه الخدمات وكشف الأخطاء والانحرافات .
- للأسباب أعلاه فإن رقابة جودة الخدمات الصحية ورقابة تكلفتها أهم عنصرين في بيئة المنظمة

عناصر العملية الرقابية وأنشطتها :

ترتيب العناصر حسب أسبقيتها :

١- وضع المعايير .

٢- قياس الإنجازات ومقارنتها مع المعايير .

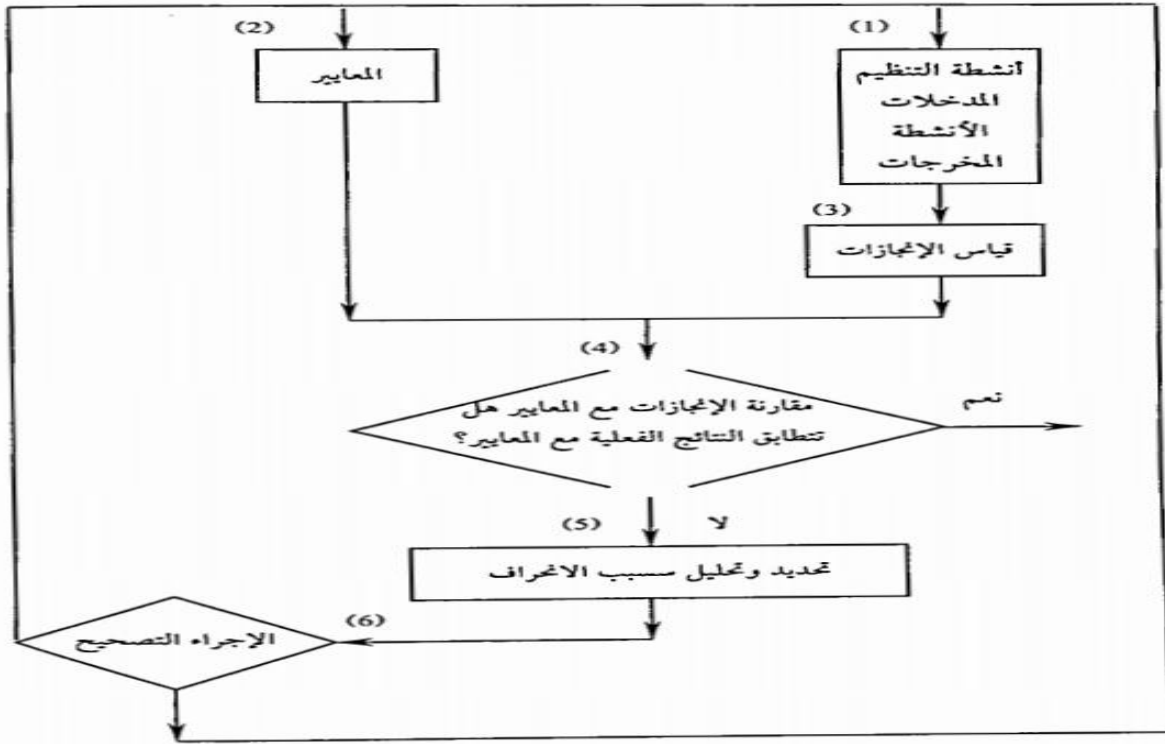
٣- تشخيص وتحليل أسباب الانحرافات .

٤- اتخاذ الإجراء التصحيحي .

وضع وتبني معايير محددة للإنجازات لكل نشاط من الأنشطة وهي بذلك عبارة عن الأهداف المخططة لكل نشاط من الأنشطة ومعبراً عنها بصيغ ومفاهيم يمكن معها قياس الإنجازات الفعلية للأنشطة ومقارنتها بالمعايير ببسر وسهولة و

تهدف عملية المقارنة، إلى تلافي الانحرافات ومنعها مستقبلاً وقد تؤدي إلى تغيير وتعديل في الخطط لجعلها أكثر واقعية وكذلك تعديل الأهداف أو توظيف عناصر بشرية جديدة .

شكل رقم (21) عناصر العملية الرقابية



- 214 -

1- وضع المعايير :

- تشكل المعايير وسيلة القياس التي تعتمد عليها الإدارة للحكم على نتائج التشغيل المتحققة .
- تمثل المعايير التوقعات المرغوبة لكل نشاط من الأنشطة .

<< هناك أنواعاً عديدة من المقاييس ويمكن تصنيفها بمجموعتين رئيسيتين :

أ) مقاييس نوعية عامة general qualitative measures :

- هذا النوع يصعب وضعه ورقابته حيث ينقصه الكثير من الدقة

مثال / قياس مواقف العاملين وسلوكياتهم ومعنوياتهم والعلاقات بين الأقسام والدوائر وقياس تقويم جودة الأنشطة الطبية والعلاجية

<<< لا يوجد معايير نوعية محددة ودقيقة ومتعارف عليها بين المنظمات الصحية لقياس وتقويم جودة الرعاية الطبية المقدمة حيث تقوم هذه المنظمات بشكل منفرد بوضع المعايير النوعية الخاصة بها

ب) مقاييس كمية :

مقاييس معبراً عنها بوحدات رقمية محددة تشير إلى عدد الوحدات المرغوب إنتاجها أو تشير إلى التكلفة المحددة لمستوى محدد من الإنتاج أو إلى معايير زمنية لنشاط معين مثل عدد الإجراءات الجراحية في الساعة أو اليوم / وقد تكون هذه المعايير على شكل نسب كنسبة دوران العمل ونسبة تشغيل الأسرة

<< هناك العديد من المعايير المختلفة التي يمكن استخدامها لقياس النشاط الواحد وهذا ما يسمى بالمعايير الاستراتيجية للرقابة .

المعايير الاستراتيجية للرقابة : هي المعايير التي يمكنها أكثر من غيرها أن تعكس الأهداف المرغوب تحقيقها .

<< معرفة المدير بطبيعة العمل وخبراته العملية السابقة تشكل مصدراً رئيسياً لوضع المعايير التي يمكن بواسطتها تقييم الإنجاز في دائرته ويمكنه أيضا الاستعانة بموازنات الأعوام السابقة وسجلات وتقارير الإنجازات السابقة للوصول إلى مثل هذه المعايير .

٢) قياس الإنجازات ومقارنتها مع المعايير :

الخطوة الثانية في العملية الرقابية ويمكن ذلك من خلال :

١- الملاحظة الشخصية والإشراف المباشر على العاملين أثناء أدائهم لأعمالهم .

٢- التقارير التي تبين مستوى الإنجاز الفعلي على أساس يومي أو أسبوعي أو شهري .

♦♦ من فوائد الملاحظة والإشراف المباشر على العاملين بالإضافة إلى فائدتها في توفير المعلومات اللازمة لغايات الرقابة فهي تتيح للمدير التعرف على نقاط القوة والضعف لدى مرؤوسيه

وبالتالي يمكن تطوير مهاراتهم من خلال التدريب .

٣- تشخيص وتحليل أسباب الانحرافات :

سواء كانت انحرافات سلبية أم إيجابية لابد للمدير من فحص وتحليل هذه الانحرافات لتحديد الأسباب الحقيقية لها .

مثال لانحراف إيجابي :

نفعات الرواتب للممرضات (النتائج النهائية) أقل من المستويات المرصودة في الموازنة ((المعايير)) .

<< يبدو مفيد في الوهلة الأولى ولكن لابد من تحليل الأسباب فقد يكون السبب هو نقص مستويات التوظيف عن تلك المرصودة في الموازنة وقد يكون بسبب ترك الممرضات الأكثر كفاءة واستبدالهن بممرضات أقل خبرة وكفاءة وبالتالي أقل رواتب ؟ وما هو أثر ذلك على جودة ومستوى الخدمات المقدمة للمريض

<< الانحراف الإيجابي عن المعايير قد يترتب عليه تدني في مستويات الخدمة .

<< قد يكون سبب الانحرافات خارج عن نطاق رقابة المدير وغير قابل للسيطرة عليه كارتفاع أسعار المواد الخام في السوق أو التضخم إلخ .

<< معايير الإنجازات توضع على أساس من التقدير والتنبؤ مما يجعلها غير واقعية وغير عملية أحيانا مما يستوجب إعادة النظر في هذه المعايير نفسها لجعلها أكثر واقعية .

<< قد يكون سبب الانحراف نقص مهارة العامل وكفاءته مما يستوجب تدريبه وزيادة كفاءته أو تبديله بعامل أكثر كفاءة .

<< قد تكون الانحرافات الإيجابية عن المعايير مفيدة وفي صالح المنظمة الصحية إذا لم يترتب عليها تدني في جودة الخدمات .

٤- اتخاذ الإجراء التصحيحي :

الإجراء التصحيحي إذا كان مطلوباً ومعقولاً وممكناً قد يكون إعادة النظر في المعايير نفسها ومراجعتها بقصد التعديل والتصحيح لتكون أكثر منطقية وقد يكون تدريب وتنمية مهارات الموظف وقد يكون مذكرة شفوية أو كتابية للفت نظر الموظف المسؤول عن الانحراف أو إجراء تدريباً أكثر وأياً كان الإجراء التصحيحي فلا بد من متابعة هذه الإجراءات ودراستها للوقوف على أثرها مستقبلاً فمن خلال الدراسة والتحليل قد يجد المدير حاجة إلى معايير إضافية مختلفة لضمان النتائج المرغوبة .

— متطلبات نظام الرقابة الفعال :

١- مراعاة أهمية المدخلات والأنشطة والمخرجات التي ستتم مراقبتها :

أي مدى أهمية وأولوية النشاط الذي سنراقبه فعلى سبيل تحلل رقابة المدخلات والمخرجات في المنظمة الصحية قيمة أولويات الرقابة بالمقارنة مع رقابة الأنشطة أو العمليات processes لصعوبة مقارنة هذه العمليات , كذلك تختلف المدخلات بالنسبة لأهميتها الرقابية فالأطباء والمرضات أهم المدخلات والتأكد من مؤهلاتهم وخبراتهم نشاط رقابي رئيسي لضمان جودة الخدمة الطبية وهناك مدخلات لا تستوجب القدر من الاهتمام والرقابة بالمقارنة مع غيرها من المدخلات كرقابة استهلاك القطن والورق الصحي والبياضات في عنابر المرضى بمقارنة رقابة صرف الدواء

٢- العائد الاقتصادي للرقابة :

لا يعقل أن تفوق تكلفة الرقابة المردود الاقتصادي الناتج عنها .

مثال:

رقابة حركة الزوار في المستشفى باللجوء إلى استخدام عدد من الموظفين للقيام بذلك خصيصاً .حيث يمكن للإدارة مراقبة عدد الزوار دون اللجوء إلى ذلك وبتكلفة معقولةحيث يمكن في الحالات الاستثنائية التي يزيد فيها عدد الزوار عن الحد المسموح أن يقوم جهاز التمريض بهذه المهمة

٣- التوقيت المناسب لعملية الرقابة ومعلومات التغذية الراجعة :

تقديم المعلومات المطلوبة بالتوقيت المناسب قبل فوات الأوان وكشف الانحرافات والأخطاء فور حدوثها .

<< ليس من المقبول وصول معلومات التغذية الراجعة حول نوعية وجودة الرعاية الطبية للمريض بعد فترة طويلة من خروجه من المستشفى

٤- أن يكون نظام الرقابة ذا نظرة مستقبلية :

<< القدرة على كشف الانحرافات المستقبلية المحتملة عن الخطط والتنبؤ بها قبل حدوثها بوقت كاف ليتسنى للمدير اتخاذ الإجراء التصحيحي المطلوب .

٥- لا بد أن يكون نظام الرقابة مفهوماً وبسيطاً يتناسب مع الاحتياجات الفعلية للرقابة ومع قدرات المسؤولين عن نظام الرقابة ومستعمليه:

مثال: الأنظمة الرقابية التي تركز على المعادلات الرياضية وخرائط نقطة التعادل و مستخلصات الكمبيوتر قد يصعب على المدراء فهمها واستعمالها وبالتالي لن تؤدي الغرض منه .

٦- إشارة نظام الرقابة إلى الإجراء التصحيحي الواجب اتخاذه لمعالجة الانحرافات وليس مجرد الاكتفاء بالإشارة للانحرافات عن الخطط .

٧- مرونة نظام الرقابة وقدرته على إدخال التغييرات والتعديلات عليه لمواجهة التغيير الذي قد يطرأ على الخطط نتيجة للظروف المتغيرة والخارجة عن إرادة المنظمة الصحية .

٨- تركيز نظام الرقابة على الاستثناءات وقدرته على كشفها والتركيز على النقاط الهامة والحساسة بالنسبة للإنجازات ((الاستثناءات = الإنجازات التي تظهر انحرافات تقع خارج الحدود المسموح بها عن المعايير)) .

كلما استطاع المدير تركيز جهوده على الاستثناءات كلما كانت نتائج الرقابة أكثر كفاءة واستطاع النظام الرقابي أن يكون أكثر اقتصاديا.

مجالات الرقابة في منظمات الرعاية الصحية :

تركز عملية الرقابة في المنظمة الصحية على ثلاثة مجالات رئيسية هي رقابة المدخلات ورقابة العمليات ورقابة المخرجات :

١- رقابة المدخلات :

خدمات الرعاية الطبية خدمات نهائية بمعنى أن الخلل لا يمكن إصلاحه في كثير من الأحيان كما أن النتائج المترتبة عليه تنعكس مباشرة على صحة وحياة الأفراد المستهلكين لهذه الخدمات لذلك تحتل رقابة المدخلات في المنظمة الصحية قدرا كبيرا يفوق أهمية رقابة المدخلات في أي تنظيم آخر .

تتم رقابة المدخلات مبدئياً عن طريق الترخيص الرسمي لمزاولة المهنة وعن طريق التشريعات الرسمية المتعلقة بمنح الشهادات والإجازات التي تشهد على مقدرة العناصر البشرية على تقديم الخدمات الصحية .

إضافة إلى رقابة المدخلات الأخرى كمواد الأدوية والمواد المستعملة والمنشآت والتجهيزات الأخرى المستعملة ويتم ذلك في بعض الدول عن طريق جهات خارجية مختصة لاعتماد المستشفيات تمنح أو تحجب الاعتماد بناء على نتائج التقييم الشامل لكافة المدخلات وعلى المستوى الداخلي تقوم إدارة المستشفى برقابة هذه المدخلات والتأكد من جودتها من خلال أساليب وتقنيات محددة تتبعها عند استقطاب وتوظيف واستخدام العناصر البشرية وعند توفير المستلزمات المادية الأخرى اللازمة لأداء هذه الخدمات .

٢- رقابة الأنشطة :

تتطلب عملية تحويل المدخلات المتاحة إلى المخرجات المطلوبة القيام بعدد من الأنشطة التعليمية :

١- تصميم الهيكل التنظيمي القادر على تحقيق الأهداف المخططة سلفاً

٢- التنفيذ والتشغيل والاستخدام الفعلي للمدخلات لتحقيق الأهداف المحددة ...وما يتطلبه ذلك من تحفيز وقيادة وإشراف وتوجيه

٣- تطبيق رقابة الأنشطة أكثر صعوبة منه في رقابة المدخلات والمخرجات حيث ليس من السهل وضع مقاييس كمية لقياسها ومراقبتها .

٤- لرقابة الأنشطة توضع معايير استناداً إلى الخبرات السابقة للمدراء وبالرجوع إلى السجلات والمعلومات التاريخية التي تبين مسيرة ونتائج التشغيل السابقة حيث يمكن للإدارة اعتماد أرقام محددة في الموازنة السنوية للتشغيل فيما يتعلق بعدد العاملين ومبلغ النفقات المطلوبة لكل نشاط كما يمكن وضع معايير أخرى لرقابة النشاط مثل موازنات العمل الإضلي ومعدلات استهلاك المواد ونفقات الصيانة وذلك بالاعتماد على خبرة ومعرفة المدراء وسجلات وتقارير التشغيل للأعوام السابقة

٥- لصعوبة رقابة الأنشطة تتجه الرقابة في المستشفيات إلى التركيز على المدخلات والمخرجات فإذا توافقت مع المعايير المحددة فإن الأنشطة مناسبة بحكم التحصيل الحاصل .

٣- رقابة المخرجات :

تهتم رقابة المخرجات بالتأكد من أن الأهداف الرئيسية والثانوية للمنظمة والأهداف الفرعية للدوائر والأقسام قد تم تحقيقها بالمستوى المطلوب كما وكيفا .

- تحدد رقابة المخرجات ما إذا كانت الخدمات تقوم بالمدى المخطط لها وفيما إذا كانت هذه الخدمات ذات نوعية جيدة أم لا .

لغايات التأكد من ذلك تتبنى المنظمات الصحية معايير يمكن معها قياس النتائج النهائية للأنشطة بمفاهيم كمية للقياس مثل العدد الإجمالي لحالات الدخول وعدد الأيام المرضية ومعدلات إشغال الأسرة للمستشفى ككل وعدد الزيارات للعيادات الخارجية وعدد العمليات الجراحية وعدد الوصفات الطبية وعدد وجبات الطعام إلخ .

<< يمكن للإدارة كشف الانحراف عن هذه المقاييس من خلال :

أ- التقارير الإحصائية المنتظمة والتي تبين نتائج التشغيل الفعلي (المخرجات) لكل نشاط .

ب- التدقيق الطبي الاسترجاعي retrospective medical audit والتي تشير إلى جودة وملاءمة الممارسة الطبية

ج- مراجعة الاستخدام utilization review : والتي تشير إلى كيفية استخدام الأسرة والخدمات الأخرى فيما إذا كان هناك استخدام زائد أو غير مبرر .

- تشير معلومات التغذية الراجعة إلى أية انحرافات عن المقاييس الموضوعية وبالتالي اتخاذ الإجراء التصحيحي.

طرق وأساليب الرقابة :

١- التفتيش :

يهدف إلى التأكد من سلامة الأنشطة ووافقها مع السياسات والأنظمة المعتمدة للتنفيذ وهو بذلك يتولى فحص سلامة الأنشطة وعمليات التشغيل .

- قد يكون دورياً كما هو الحال في التفتيش على المخازن الرئيسية وعمليات الجرد .

- قد يكون مفاجئاً وفي أوقات مختلفة كما هو الحال في التفتيش على الأدوية والعقاقير الخطرة

- قد يكون يومياً كما هو الحال في التفتيش على النظافة في أقسام المستشفى .

- يعقب التفتيش عادة تقارير مكتوبة توضح سير الأعمال ومستويات الإنجاز وأية مخالفات وانحرافات

٢- الإشراف والملاحظة الشخصية :

قيام المدراء بأنفسهم بالملاحظة الشخصية والإشراف المباشر على العاملين أثناء تأديتهم لأعمالهم للتعرف على الإنجازات الفعلية ومقارنتها بالمعايير المحددة لاكتشاف الأخطاء

والانحرافات وتصويبها فور حدوثها .

- تستهلك جزء كبير من وقت المدير .

<< تمكن المدير من التعرف على نقاط القوة والضعف لدى العاملين وبالتالي تدريبهم وتطوير مهاراتهم .

٣- تقارير سير الأنشطة وقياس الإنجازات :

- قد تكون يومية - أسبوعية - شهرية .

- تحضر من قبل رؤساء الدوائر والأنشطة وترفع إلى الإدارة لدراستها وتصحيح الانحرافات .

<< لكي تؤدي هذه التقارير الغرض الرقابي لا بد من مراعاة دقتها وانتظامها ووضوحها وكمالها والتوقيت الصحيح لها .

٤- نماذج استقصاء وتقييم الخدمات وصناديق الاقتراحات والشكاوي :

تهدف للتعرف على آراء وملاحظات المرضى والزوار ومدى رضاهم عن هذه الخدمات باستعمال نماذج خاصة يتم توزيعها عليهم بهدف التعرف على مستوى هذه الخدمات وتحسينها وخاصة فيما يتعلق بالخدمات غير الطبية

كخدمات الطعام والنظافة واستقبال المرضى والعلاقات العامة وخدمات التمريض والسجلات الطبية والعيادات الخارجية

- تلجأ كثير من المنظمات الصحية إلى وضع صناديق خاصة بمقترحات وشكاوى المرضى .

٥- الموازنات التقديرية :

الموازنة : مقاييس موضوعية سلفاً يجري مقارنة الإنجازات الفعلية عليها ومن ثم تعديل هذه الإنجازات عن طريق الرقابة

من أمثلتها : موازنة الرواتب والأجور موازنة المواد موازنة العمل الإضافي

- لو زادت موازنة العمل الإضافي عما هو محدد لها قد يكون السبب زيادة أعباء العمل التمريضي عما هو مقدر له وقد يكون ترك عدد من الممرضات للعمل

<< هذه الموازنات تسهل مقارنة النتائج مع المعايير وتحديد السبب إذا كان هناك انحراف ما .

٦- تحليل النسب :

يقوم على أساس مقارنة النتائج الفعلية للأنشطة خلال فترة زمنية معينة والمترجمة بمقاييس رقمية مع مقاييس رقمية أخرى لهذه الأنشطة خلال فترات زمنية أخرى .

مثال : نسبة الإشغال للأسرة , معدل الإقامة للمرضى من عام لآخر أو من شهر لآخرمعدل دوران العمل

♦♦ نسبة عدد العاملين لكل سرير مؤشر لقياس كفاءة التشغيل مثلاً ١:٣ العام الماضي وأصبحت ١:٤ هذا العام فلا بد من فحص الأسباب وتحليلها حيث قد يشير ذلك إلى زيادة حجم العمل في العيادات الخارجية ((العام الماضي مثلاً ١٠ آلاف حالة وهذا العام أصبحت ٣٠ ألف حالة)) لمقابلة حجم الزيادة في العمل رغم ثبات عدد الأسرة .

٧- البرمجة الشبكية network programing :

البرمجة الشبكية تتضمن أساليب للتخطيط والبرمجة والرقابة .

١- أسلوب تقويم ومراجعة الإنجازات PERT.

٢- أسلوب المسار الحرج CPM.

كلا الأسلوبين يستعملان لتخطيط وبرمجة ورقابة المشروعات المعقدة والكبيرة الحجم وذات الطبيعة غير المتكررة one-time types of projects والتي لا بد من حدوثها حسب تسلسل زمني محدد ودقيق كمشاريع بناء المطارات والطرق والسدود والمستشفيات

أ) أسلوب تقويم ومراجعة الإنجازات بيرت PERT :

يقوم هذا الأسلوب على التتابع المتسلسل لأنشطة المشروع وتقدير ثلاثة أزمنة لإكمال كل نشاط من هذه الأنشطة وهي :

١- التقدير المتفائل optimistic time : الزمن الذي يتوقع فيه الانتهاء من النشاط إذا سارت الأنشطة حسب ما هو مخطط لها بدون أية عوائق .

٢- التقدير المتشائم pessimistic time : الزمن المتوقع فيه للانتهاء من النشاط في حالة تعرض المشروع للعوائق والعراقيل .

٣- التقدير الأكثر احتمالاً most likely time : الزمن الذي يتوقع فيه الانتهاء من النشاط في ظل الظروف الاعتيادية .

- ترسم هذه الأنشطة تسلسلياً على محور للزمن مع أخذ الأزمنة الثلاثة بالاعتبار لاستكمال كل نشاط .

ب) أسلوب المسار الحرج CPM(critical path):

- يشبه أسلوب بيرت ولكنه لا يتضمن عنصر الزمن الأكثر احتمالاً لاستكمال النشاط بل يستعمل أسلوب تقديري واحد.

- طبقاً لهذا الأسلوب يرتب المخطط للأنشطة المختلفة بطريقة التسلسل الزمني والمنطقي ومن ثم يقرر الزمن اللازم لإكمال كل نشاط كما يحدد الأنشطة التي يمكن أن تؤخر المشروع ككل إذا لم تستكمل

في الزمن المحدد لها والتي لا يمكن البدء بالأنشطة الأخرى إلا بعد استكمالها وهذا ما يعرف بالمسار الحرج وعندها يمكن التقرير فيما إذا كان من الواجب تخصيص المزيد من الموارد كزيادة العنصر البشري للنشاط المتأخر عن البرنامج الزمني المحدد أو زيادة ساعات العمل الإضافية

رقابة جودة الرعاية الطبية :

- الرعاية الطبية الجيدة وقياسها وتقييمها يتضمن مفهومين أساسيين :

١- **جودة الرعاية الفنية quality of the technical care** : تشير إلى ملاءمة adequacy الأنشطة والإجراءات الهادفة إلى تشخيص ومعالجة المرضى .

٢- **جودة فن الرعاية quality of the art of care** : يشير إلى البيئة الكلية التي يجري فيها تقديم الخدمات و أسلوب تقديمها وسلوكيات من يقدمها وطريقة التعامل والتفاعل مع المريض والتأثير على سلوكيات المريض المؤثرة على صحته وتعزيز السلوك الإيجابي لديه .

= المبادئ التي تركز عليها الرعاية الطبية الجيدة حسب تعريف دونابيدرين :

١- هي التي تقتصر على ممارسة الطب العقلاني المبني على العلوم الطبية .

٢- تركز على الجوانب الوقائية .

٣- تتطلب التعاون الواعي والمتفهم بين الأفراد والأطباء .

- ٤- تتعامل مع المريض ككل وليس كنظام بيولوجي فقط .
- ٥- تحافظ على علاقات شخصية مستمرة ومباشرة بين الطبيب المعالج والمريض .
- ٦- ... هي التي يتم تنسيقها مع الخدمات الاجتماعية الأخرى .
- ٧- هي التي تنسق كافة أنواع الخدمات الطبية بمستوياتها المختلفة .
- ٨- هي التي تتضمن تطبيق واستعمال كافة أنواع الخدمات الطبية بمستوياتها المختلفة

رقابة جودة خدمة الأطباء :

مفاهيم مرتبطة بتقويم ورقابة جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى :

١- التدقيق الطبي medical audit .

٢- مراجعة الزملاء PEER review .

٣- برنامج الجودة النوعية quality assurance program و مراجعة الاستخدام utilization review .

١- التدقيق الطبي medical audit :

دراسة تاريخية أو استرجاعية retrospective study للملفات الطبية للمرضى المخرجين من المستشفى للتعرف على مدى جودة الخدمة الطبية التي تلقاها هؤلاء المرضى أثناء تواجدهم في المستشفى وتعرف الجودة في التدقيق الطبي بمدى التطابق والانسجام مع المعايير المقبولة للجودة من حيث المبادئ العلمية والممارسة الطبية المقبولة والمتعارف عليها مهنيًا .

٢- مراجعة الزملاء PEER :

تتضمن قيام بعض الأطباء بمراجعة جودة الرعاية الطبية التي يقدمها أطباء آخرون على : ١- أساس الدراسة الاسترجاعية للمرضى بعد خروجهم من المستشفى أو على ٢- أساس الدراسة المستقبلية prospective study للرعاية الطبية التي يجري تقديمها للمرضى في المستشفى كالأستشارات الطبية أو الجراحية من طبيب لآخر قبل عمل الإجراء الطبي أو الجراحي أو التشخيص أو على ٣- أساس مستمر concurrent basis مثل مراجعة الاستخدام لأسرة وخدمات المستشفى للترشيد وتحقيق اقتصاديات التشغيل مع الحفاظ على جودة الخدمة الطبية .

- يستند التدقيق الطبي ومراجعة الزملاء على نوعين من المعايير :

١- معايير مفهومة ضمناً للأطباء implicit standards : (مراجعة ضمنية) : تستند إلى التقدير والاجتهاد الشخصي للطبيب المقيم حول جودة الرعاية الطبية المقدمة من قبل طبيب آخر .

٢- معايير واضحة ومحددة explicit standards تستند على أسس علمية : معايير محددة متفق عليها من قبل الأطباء لا تقبل التفسير أو الاجتهاد الشخصي .

٣- برنامج الجودة النوعية و مراجعة الاستخدام :

عبارة عن برنامج لمراجعة الاستخدام تم وضعه من قبل جمعية المستشفيات الأمريكية والذي تم عمله أثناء إقامة المريض في المستشفى وقد تم تطويره لاحقاً للكشف عن الاستخدامات غير الضرورية وغير المبررة لأسرة وخدمات المستشفى .

- التدقيق الطبي ومراجعة الاستخدام يسيران الآن معاً لضمان جودة الخدمة الطبية والاستخدام الاقتصادي لمنشآت وخدمات المستشفى .

— ضمان جودة الرعاية الطبية تركز غالبية المستشفيات الحديثة في الممارسة على عدة أمور تتضمن ما يلي :

١- تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية credential committee .

٢- التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمة الطبية مثل رقابة وضبط العدوى وانتقال الأمراض داخل المستشفى وتبني سياسة موحدة للأدوية والعقاقير من خلال لجان متخصصة فنية هي لجنة التحكم بالعدوى ولجنة الصيدلة والعقاقير .

٣- تقييم ورقابة جودة الرعاية الطبية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي ومراجعة الاستخدام .

٤- التركيز على تصميم برامج التعليم الطبي والتمريضي المستمر .

متطلبات نظام تقييم الرعاية الطبية :

١- يجب أن يكون النظام هادفاً وموضوعياً objective وثابتاً وهنا لا بد من وضع معايير مناسبة كوسائل للقياس عليها .

٢- يجب أن يكون نظام التقييم كفاء وخاصة من حيث توفير وقت الطبيب .

٣- يجب أن يكون التقييم موثقاً بحيث يتم تدوين كل القرارات الهامة كتابةً وتوقيعها من قبل الطبيب المسؤول .

٤- أن يكون التقييم صحيحاً من الناحية الإكلينيكية ولذلك لا بد من إخضاع كافة المعايير الإكلينيكية للتبرير الطبي .

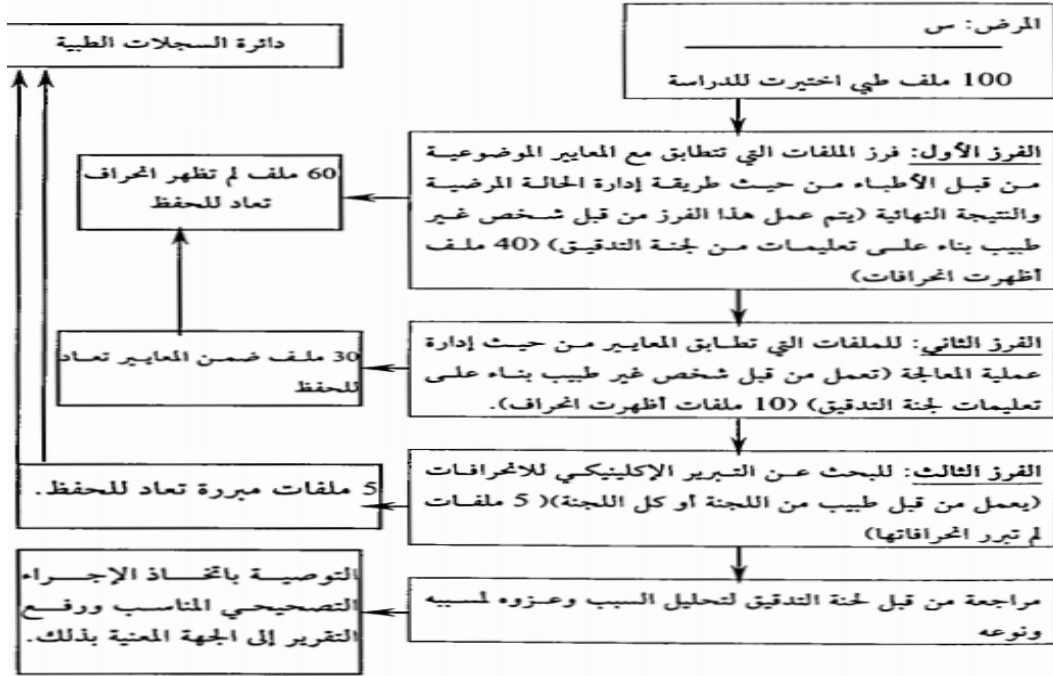
٥- مرونة النظام بحيث يسمح بقدر من الاختلاف والانحراف عن المعايير إذا توفر السبب الجيد والمدون في الملف الطبي .

٦- يجب أن ينتج (يسفر) التقييم عن إجراء تصحيحي action - oriented فلا بد من أن يسفر التقييم عن إجراء منطقي يتناسب مع الانحراف سواء كان ذلك الإجراء التصحيحي برنامج تعليمي أو تدريبي تعديل السياسة الطبية إيقاع الجزاء والعقوبات إلخ .

♦♦ يجري التدقيق الطبي مرة في الشهر على الأقل لكل خدمة من الخدمات الرئيسية الطبية والجراحية وهو عبارة عن مراجعة للسجلات الطبية يقوم بها الأطباء الزملاء لأعمال زملائهم ((لجنة متخصصة medical audit

committee)) وتركز على النتائج النهائية للرعاية الطبية أكثر منها على تقديم الرعاية ويعتمد على مبدأ الإدارة بالاستثناء management by exception حيث يجري الكشف عن الانحرافات الهامة عن المعايير تمهيداً لدراستها بشكل كامل من خلال الدراسة والتدقيق الذي يقوم به الأطباء <<< للمراجعة شكل ٢٢ ص ٢٣٧

الشكل رقم (22)
التدقيق الطبي الاسترجاعي



رقابة جودة خدمات التمريض :

لغايات ضبط ورقابة جودة خدمات التمريض تعتمد المستشفيات على نوعين رئيسيين من أساليب التقييم والرقابة هما :

١- أساليب التقييم غير الرسمية :

- أكثر شيوعاً واستعمالاً حيث تعتمد إدارة المستشفى على ملاحظات وتقييم الأطباء أنفسهم للخدمات التمريضية بصفتهن الجهة الأكثر احتكاكاً بالتمريض والأقدر على الحكم على جودة ومستوى خدمات التمريض .

مثال : إعطاء الأدوية حسب إرشادات الطبيب المعالج واتباع تعليمات الأطباء لرعاية المريض

- كما تعتمد الإدارة على استقصاء ودراسة آراء المرضى حول جودة خدمات التمريض المقدمة لهم وخاصة الخدمات غير العلاجية والتي تعرف بظن الرعاية من حيث طريقة التعامل مع المريض والاهتمام به والمعاملة اللطيفة وتلبية احتياجاته وذلك مؤشر جيد لتقييم خدمات التمريض .

٢- أساليب التقييم الرسمية :

تشمل مراجعات وتدقيق ملفات المرضى فيما يتعلق بالجانب التمريضي من الملف الطبي nursing audit ويمكن القيام بهذا التدقيق التمريضي من قبل لجنة تدقيق خدمات التمريض أو من قبل ممرضات متخصصات من داخل المستشفى أو خارجه على غرار التدقيق الطبي وكذلك الاعتماد على التقارير اليومية التي يتم رفعها للإدارة من قبل الممرضات المسؤولات في الأجنحة الداخلية .

- ولضمان جودة الخدمة التمريضية تتبع غالبية المستشفيات معايير هيكلية يمكن معها ضمان جودة هذه الخدمات تتعلق هذه المعايير بمؤهلات وخبرات الممرضات والعدد المطلوب لأداء الخدمات والهيكل التنظيمي لدائرة خدمات التمريض ووجود سياسات مكتوبة لأداء الخدمات التمريضية .

تعتمد الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات معايير هيكلية عامة تستعملها لتقويم خدمات التمريض في المستشفيات

:

- ١- وجود إدارة خدمات التمريض في المستشفى والإشراف عليها من قبل ممرضة مؤهلة أو ما يعرف بالممرضة المسجلة قانوناً RN ووجود عدد كافٍ من الممرضات المسجلات قانوناً على مدار ٢٤ ساعة .
- ٢- وجود خريطة تنظيمية ودليل تنظيمي حديث لدائرة التمريض يبين الهيكل الوظيفي للدائرة وتنظيمها
- ٣- وجوب وجود سياسات وإجراءات مكتوبة تتعلق بأداء خدمات التمريض والسياسات الإدارية المتعلقة بذلك ...
- ٤- وجوب وجود دليل على قيام الممرضات بتنفيذ خطط المعالجة بشكل سليم وكفاء وفعال وذلك من خلال احتواء الملف الطبي للمريض على النماذج الخاصة بخدمات التمريض .
- ٥- وجوب وجود برامج للتعليم المستمر للممرضات وتوفير فرص التعليم الداخلي والخارجي لهن لتحسين مهارات ومعارف وخبرات جهاز التمريض .

❖ رقابة جودة خدمات الدوائر الأخرى :

بسبب صعوبة وضع معايير محددة ومتفق عليها للجودة فقد اتجهت المستشفيات بشكل عام إلى رقابة الجودة بالتركيز على ثلاثة أبعاد هي :

١- قياس وتقويم المدخلات أو الهيكل .

٢- قياس وتقويم العمليات .

٣- قياس وتقويم المخرجات .

١- قياس المدخلات :

تشمل المدخلات كافة الموارد والعناصر الضرورية لتقويم الخدمات مثل العنصر البشري والأجهزة والمعدات والمواد والأبنية والمنشآت .

التركيز على المدخلات كمؤشر للجودة يقوم على افتراضين رئيسيين :

١- أن المستشفى يمكنه تقديم خدمات أفضل وذات جودة عالية عندما يتوافر له عناصر بشرية ذات مؤهلات عالية وأجهزة ومعدات ومواد ذات مواصفات جيدة وعندها يمكنه تنظيم وإدارة هذه المدخلات بشكل كفاء وفعال .

٢- المستشفيات والمهتمين بموضوع جودة الخدمة الاستشفائية يعرفون ما هو جيد وما هو غير جيد بمفهوم العنصر البشري والمدخلات المادية الأخرى وأن هناك علاقة مباشرة بين جودة المدخلات وجودة الخدمات الاستشفائية .

٢- قياس وتقويم العمليات :

هو الأساس الذي تقوم عليه أساليب مراجعة جودة الخدمة الطبية الذي تقوم به لجنة التدقيق الطبي واللجان الأخرى في المستشفى .

- يتضمن نوعية وكفاءة التنظيم والطرق والأساليب التي يستعملها لتقديم الخدمات والطريقة الفعلية لتقديم هذه الخدمات .

- يركز هذا البعد على وجود إجراءات عمل محددة ومكتوبة لكل نشاط في المستشفى يبين طريقة تنفيذ الأنشطة وعلى مستويات التوظيف staffing levels ويرمجة العاملين staffing schedule .

٣- قياس المخرجات :

يتضمن **قياس المخرجات** نوعية وجودة الخدمات المقدمة من قبل كل دائرة في المستشفى بالمقارنة مع معايير محددة أو مفهومة ضمنا مثل دقة مواعيد تسليم الأدوية للأجنحة الداخلية من قبل الصيدلية وانتظام هذه المواعيد ونظافة غرف المرضى بعد تنظيفها عند إخراجها من المرضى ونظافة الممرات والقاعات بعد القيام بتنظيفها ووصول وجبات الطعام إلى المرضى ساخنة وفي المواعيد المحددة لها ونظافة الغسيل ونظافة المعدات التي تم تعقيمها وما إلى ذلك من مؤشرات لجودة المخرجات .

أسئلة الفصل الثامن : الرقابة في المنظمة الصحية

- أجب بصح أو خطأ:

- ١- يوجد ترابط قوي والمباشر بين عملية الرقابة وعملية التخطيط (ص) (خ).
- ٢- الرقابة هي عملية مقارنة الإنجازات مع الأهداف واتخاذ الإجراء التصحيحي اللازم في حالة الانحراف (ص) (خ).
- ٣- للرقابة أهمية أعظم في المنظمات الصحية عنها في غيرها لأسباب منها الطبيعة المرنة للطلب على معظم الخدمات (ص) (خ).
- ٤- تبلغ تكلفة العنصر البشري في المستشفى ٣٠٤-٠٪ من التكلفة الكلية للتشغيل (ص) (خ).
- ٥- الإحلال والتطوير للتكنولوجيا الطبية زاد مدى الخدمات التي يمكن أن تقدمها لكل مريض مما يزيد تكلفة إنتاج الخدمة (ص) (خ).
- ٦- طلب الأطباء للخدمات والفحوصات قد لا يكون ضروري ومطلوب للمرضى (ص) (خ).
- ٧- الخلل والخطأ في تقديم خدمات الرعاية الطبية لا يمكن إصلاحه ولا يحتمل التأخير والانتظار (ص) (خ).
- ٨- تشخيص وتحليل أسباب الانحرافات أول عناصر العملية الرقابية في المنظمة الصحية (ص) (خ).
- ٩- تمثل المعايير التوقعات المرغوبة لكل نشاط من الأنشطة (ص) (خ).
- ١٠- قياس تقويم جودة الأنشطة الطبية والعلاجية مثال للمقاييس النوعية العامة (ص) (خ).
- ١١- يوجد معايير نوعية محددة ودقيقة ومتعارف عليها بين المنظمات الصحية لقياس وتقويم جودة الرعاية الطبية المقدمة (ص) (خ).
- ١٢- المقاييس الكمية تشير إلى معايير زمنية لنشاط معين مثل عدد الإجراءات الجراحية في الساعة أو اليوم (ص) (خ).
- ١٣- المعايير الاستراتيجية للرقابة : هي المعايير التي يمكنها أكثر من غيرها أن تعكس الأهداف المرغوب تحقيقها (ص) (خ).
- ١٤- الانحرافات لا تحتاج فحص وتحليل إذا كانت إيجابية (ص) (خ).
- ١٥- الانحراف الإيجابي عن المعايير لا يترتب عليه تدني في مستويات الخدمة (ص) (خ).
- ١٦- قد يكون سبب الانحرافات خارج عن نطاق رقابة المدير وغير قابل للسيطرة عليه (ص) (خ).
- ١٧- معايير الإنجازات توضع على أساس من التقدير والتنبؤ مما يجعلها غير واقعية وغير عملية أحياناً (ص) (خ).
- ١٨- قد تكون الانحرافات الإيجابية عن المعايير مفيدة وفي صالح المنظمة الصحية (ص) (خ).
- ١٩- قد يكون الإجراء التصحيحي يكون مذكرة شفوية للفت نظر الموظف المسؤول عن الانحراف (ص) (خ).
- ٢٠- تحتل رقابة الأنشطة أو العمليات في المنظمة الصحية قمة أولويات الرقابة بالمقارنة مع رقابة المدخلات والمخرجات (ص) (خ).
- ٢١- الأطباء والممرضات أهم المدخلات والتأكد من مؤهلاتهم وخبراتهم نشاط رقابي رئيسي لضمان جودة الخدمة الطبية (ص) (خ).
- ٢٢- لا يعقل أن تفوق تكلفة الرقابة المردود الاقتصادي الناتج عنها (ص) (خ).
- ٢٣- من متطلبات نظام الرقابة الفعال أن يكون ذا نظرة مستقبلية (ص) (خ).
- ٢٤- قد يكتفي نظام الرقابة بالإشارة للانحرافات عن الخطط (ص) (خ).

٢٥- لا بد أن يكون نظام الرقابة الفعال مرناً (ص) (خ).

٢٦- كلما استطاع المدير تركيز جهوده على الاستثناءات كلما كانت نتائج الرقابة أكثر كفاءة واستطاع النظام الرقابي أن يكون أكثر اقتصادياً. (ص) (خ).

٢٧- خدمات الرعاية الطبية خدمات نهائية (ص) (خ).

٢٨- تحتل رقابة المدخلات في المنظمة الصحية قدراً كبيراً يفوق أهمية رقابة المدخلات في أي تنظيم آخر (ص) (خ).

٢٩- رقابة المدخلات كنوعية الأدوية والمواد المستعملة والمنشآت والتجهيزات الأخرى المستعملة.... يتم في بعض الدول عن طريق جهات خارجية مختصة لاعتماد المستشفيات (ص) (خ).

٣٠- أول نشاط لتحويل المدخلات إلى مخرجات هو تصميم الهيكل التنظيمي (ص) (خ).

٣١- تطبيق رقابة الأنشطة أكثر صعوبة منه في رقابة المدخلات والمخرجات حيث ليس من السهل وضع مقاييس كمية لقياسها ومراقبتها (ص) (خ).

٣٤- تهتم رقابة المخرجات بالتأكد من أن الأهداف الرئيسية والثانوية للمنظمة والأهداف الفرعية للدوائر والأقسام قد تم تحقيقها بالمستوى المطلوب كما وكيفاً (ص) (خ).

٣٥- تشير معلومات التغذية الراجعة إلى أية انحرافات عن المقاييس الموضوعية وبالتالي اتخاذ الإجراء التصحيحي (ص) (خ).

٣٦- الموازنات التقديرية تسهل مقارنة النتائج مع المعايير وتحديد السبب إذا كان هناك انحراف ما (ص) (خ).

٣٧- أسلوب تقويم ومراجعة الإنجازات و أسلوب المسار الحرج يستعملان لتخطيط وبرمجة ورقابة المشروعات المعقدة والكبيرة الحجم وذات الطبيعة غير المتكررة والتي لا بد من حدوثها حسب تسلسل زمني محدد ودقيق كمشاريع بناء المطارات والطرق والسدود والمستشفيات.... (ص) (خ).

٣٨- التقدير الأكثر احتمالاً في أسلوب بيرت هو الزمن الذي يتوقع فيه الانتهاء من النشاط في ظل الظروف الاعتيادية (ص) (خ).

٣٩- أسلوب المسار الحرج يشبه أسلوب بيرت ولكنه لا يتضمن عنصر الزمن الأكثر احتمالاً لاستكمال النشاط (ص) (خ).

٣٠- يستعمل أسلوب المسار الحرج CPM أسلوب تقديري واحد. (ص) (خ).

٣١- من المبادئ التي تركز عليها الرعاية الطبية الجيدة تركيزها على الجوانب العلاجية (ص) (خ).

٣٢- من المبادئ التي تركز عليها الرعاية الطبية الجيدة محافظتها على علاقات شخصية مستمرة ومباشرة بين الطبيب المعالج والمريض (ص) (خ).

٣٣- من المبادئ التي تركز عليها الرعاية الطبية الجيدة تنسيقها مع الخدمات الاجتماعية الأخرى (ص) (خ).

٣٤- من المبادئ التي تركز عليها الرعاية الطبية الجيدة تطبيقها واستعمالها كافة أنواع الخدمات الطبية بمستوياتها المختلفة (ص) (خ).

- ٣٥- من أسس مراجعة الزملاء أساس الدراسة المستقبلية للرعاية الطبية التي يجري تقديمها للمرضى في المستشفى كالاتشارات الطبية أو الجراحية من طبيب لآخر قبل عمل الإجراء الطبي أو الجراحي أو التشخيص (ص) (خ).
- ٣٦- لضمان جودة الرعاية الطبية تركز غالبية المستشفيات الحديثة في الممارسة على عدة أمور تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل إدارة الموارد البشرية (ص) (خ).
- ٣٧- لضمان جودة الرعاية الطبية تركز غالبية المستشفيات الحديثة في الممارسة على عدة أمور تقييم ورقابة جودة الرعاية الطبية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي ومراجعة الاستخدام (ص) (خ).
- ٣٨- لا يلزم إخضاع كافة المعايير الإكلينيكية للتبرير الطبي (ص) (خ).
- ٣٩- يجب أن ينتج تقييم الرعاية الطبية عن إجراء تصحيحي (ص) (خ).
- ٤٠- يجري التدقيق الطبي مرتين في الشهر على الأقل لكل خدمة من الخدمات الرئيسية الطبية والجراحية (ص) (خ).
- ٤١- من متطلبات نظام تقييم الرعاية الطبية مرونة النظام بحيث يسمح بقدر من الاختلاف والانحراف عن المعايير إذا (ص) (خ).
- ٤٢- يعتمد التدقيق الطبي على مبدأ الإدارة بالاستثناء (ص) (خ).
- ٤٣- أساليب التقييم غير الرسمية من أساليب رقابة جودة خدمات التمريض أكثر شيوعاً واستعمالاً (ص) (خ).
- ٤٤- تعتمد إدارة المستشفى على ملاحظات وتقييم الأطباء أنفسهم للخدمات التمريضية (ص) (خ).
- ٤٥- إعطاء الأدوية حسب إرشادات الطبيب المعالج مثال لأساليب التقييم الرسمية من أساليب رقابة جودة خدمات التمريض (ص) (خ).
- ٤٦- على استقصاء ودراسة آراء المرضى حول جودة خدمات التمريض المقدمة لهم مثال لأساليب التقييم الرسمية من أساليب رقابة جودة خدمات التمريض (ص) (خ).
- ٤٧- لضمان جودة الخدمة التمريضية تتبع غالبية المستشفيات معايير هيكلية يمكن معها ضمان جودة هذه الخدمات (ص) (خ).
- ٤٨- أساليب التقييم غير الرسمية من أساليب رقابة جودة خدمات التمريض أكثر شيوعاً واستعمالاً (ص) (خ).
- ٤٩- تعتمد إدارة المستشفى على ملاحظات وتقييم الأطباء أنفسهم للخدمات التمريضية (ص) (خ).
- ٥٠- من السهل وضع معايير محددة ومتفق عليها للجودة (ص) (خ).
- ٥١- هناك علاقة غير مباشرة بين جودة المدخلات وجودة الخدمات الاستشفائية (ص) (خ).
- ٥٢- يتضمن قياس المخرجات نوعية وجودة الخدمات المقدمة من قبل كل دائرة في المستشفى بالمقارنة مع معايير محددة أو مفهومة ضمناً (ص) (خ).
- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :**

١- التفطيش على الأدوية والعقاقير الخطرة: ((مفاجئ / دوري / يومي / مفاجئاً وفي أوقات مختلفة)) .

٢- من طرق وأساليب الرقابة تمكن المدير من التعرف على نقاط القوة والضعف لدى العاملين وبالتالي تدريبهم وتطوير مهاراتهم: ((التفطيش / الإشراف والملاحظة الشخصية / تقارير سير الأنشطة وقياس الإنجازات / نماذج استقصاء وتقييم الخدمات وصناديق الاقتراحات والشكاوي / الموازنات التقديرية / تحليل النسب / البرمجة الشبكية)) .

٣- تحضر من قبل رؤساء الدوائر والأنشطة وترفع إلى الإدارة لدراستها وتصحيح الانحرافات: ((التفتيش / الإشراف والملاحظة الشخصية / تقارير سير الأنشطة وقياس الإنجازات / نماذج استقصاء وتقويم الخدمات وصناديق الاقتراحات والشكاوي / الموازنات التقديرية / تحليل النسب / البرمجة الشبكية)).

٤- تهدف إلى التعرف على مستوى الخدمات وتحسينها وخاصة فيما يتعلق بالخدمات غير الطبية: ((التفتيش / الإشراف والملاحظة الشخصية / تقارير سير الأنشطة وقياس الإنجازات / نماذج استقصاء وتقويم الخدمات وصناديق الاقتراحات والشكاوي / الموازنات التقديرية / تحليل النسب / البرمجة الشبكية)).

٥- يقوم على أساس مقارنة النتائج الفعلية للأنشطة خلال فترة زمنية معينة والمترجمة بمقاييس رقمية مع مقاييس رقمية أخرى لهذه الأنشطة خلال فترات زمنية أخرى: ((التفتيش / الإشراف والملاحظة الشخصية / تقارير سير الأنشطة وقياس الإنجازات / نماذج استقصاء وتقويم الخدمات وصناديق الاقتراحات والشكاوي / الموازنات التقديرية / تحليل النسب / البرمجة الشبكية)).

٦- يقوم هذا الأسلوب على التابع المتسلسل لأنشطة المشروع وتقدير ثلاثة أزمنة لإكمال كل نشاط من هذه الأنشطة: ((أسلوب تقويم ومراجعة الإنجازات / أسلوب المسار الحرج / أسلوب بيرت / أ+ج)).

٧- طبقاً لهذا الأسلوب يرتب المخطط للأنشطة المختلفة بطريقة التسلسل الزمني والمنطقي: ((أسلوب تقويم ومراجعة الإنجازات / أسلوب المسار الحرج / أسلوب بيرت / أ+ج)).

٨- دراسة تاريخية أو استرجاعية للملفات الطبية للمرضى المخرجين من المستشفى للتعرف على مدى جودة الخدمة الطبية التي تلقاها هؤلاء المرضى أثناء تواجدهم في المستشفى: ((التدقيق الطبي / مراجعة الزملاء / برنامج الجودة النوعية و مراجعة الاستخدام)).

٩- من الأسس التي تقوم عليها: ((التدقيق الطبي / مراجعة الزملاء / برنامج الجودة النوعية و مراجعة الاستخدام)) مراجعة الاستخدام لأسرة وخدمات المستشفى للترشيد وتحقيق اقتصاديات التشغيل مع الحفاظ على جودة الخدمة الطبية .

١٠- عبارة عن برنامج لمراجعة الاستخدام تم وضعه من قبل جمعية المستشفيات الأمريكية والذي تم عمله أثناء إقامة المريض في المستشفى: ((التدقيق الطبي / مراجعة الزملاء / برنامج الجودة النوعية و مراجعة الاستخدام)).

١١- يركز هذا البعد على وجود إجراءات عمل محددة ومكتوبة لكل نشاط في المستشفى يبين طريقة تنفيذ الأنشطة وعلى مستويات التوظيف وبرمجة العاملين: ((قياس وتقويم العمليات / قياس المدخلات / قياس المخرجات)).

- أكمل الفراغ فيما يلي :

١- هي عملية تنظيم موارد وفعاليات وأنشطة التنظيم وفقاً لمتطلبات الخطط .

٢- أفضل مدخل لاحتواء وضبط التكلفة في منظمات الرعاية الصحية هو

٣- أهم عنصرين في بيئة المنظمة الصحية

٤- هي وسيلة القياس التي تعتمدها الإدارة للحكم على نتائج التشغيل المتحققة.....

٥- هناك أنواعاً عديدة من المقاييس ويمكن تصنيفها بمجموعتين رئيسيتين: ١- ٢-.....

٦- هناك العديد من المعايير المختلفة التي يمكن استخدامها لقياس النشاط الواحد وهذا ما يسمى ب

٧- قياس الإنجازات يتم عن طريق : ١- ٢-.....

٨- تركز عملية الرقابة في المنظمة الصحية على ثلاثة مجالات رئيسية هي : ١- ٢-.....

..... ٣-.....

- ٩- تتم رقابة المدخلات مبدئياً عنوعن طريق
- ١٠- من طرق وأساليب الرقابة يهدف إلى التأكد من سلامة الأنشطة واتفاقها مع السياسات والأنظمة المعتمدة للتنفيذ وهو بذلك يتولى فحص سلامة الأنشطة وعمليات التشغيل.....
- ١١- التقارير المكتوبة التي تعقب التفتيش توضح : ١- ٢-..... ٣-.....
- ١٢- مقاييس موضوعة سلفاً يجري مقارنة الإنجازات الفعلية عليها ومن ثم تعديل هذه الإنجازات عن طريق الرقابة
- ١٣- البرمجة الشبكية تتضمن أسلوبين للتخطيط والبرمجة والرقابة : ١- ٢-.....
- ١٤- الرعاية الطبية الجيدة وقياسها وتقييمها يتضمن مفهومين أساسيين: ١- ٢-.....
- ١٥- يستند التدقيق الطبي ومراجعة الزملاء على نوعين من المعايير: ١- ٢-.....
- ١٦- لغايات ضبط ورقابة جودة خدمات التمريض تعتمد المستشفيات على نوعين رئيسيين من أساليب التقويم والرقابة هما : ١- ٢-.....
- ١٧- المعايير الهيكلية التي يمكن معها ضمان جودة خدمات التمريض تتعلق ب: ١- ٢-.....
- ٣-.....
- ١٨- اتجهت المستشفيات بشكل عام إلى رقابة الجودة بالتركيز على ثلاثة أبعاد هي : ١- ٢-.....
- ٣-.....
- ١٩- تشمل المدخلات كافة الموارد والعناصر الضرورية لتقويم الخدمات مثل:.....
- ٢٠- هو الأساس الذي تقوم عليه أساليب مراجعة جودة الخدمة الطبية الذي تقوم به لجنة التدقيق الطبي واللجان الأخرى في المستشفى.....

- أجب عن الأسئلة التالية :

- ١- ما هو الهدف من الرقابة في المنظمة الصحية؟
- ٢- عدد مع الترتيب عناصر العملية الرقابية وأنشطتها في المنظمة الصحية حسب أسبقيتها.
- ٣- ما هي المصادر الرئيسية لوضع المعايير التي يمكن بواسطتها تقييم الإنجاز؟
- ٤- هات مثال للانحرافات الإيجابية .
- ٥- اذكر بعض طرق الإجراءات التصحيحية في حالة الانحراف عن المعايير .
- ٦- اذكر متطلبات نظام الرقابة الفعال.
- ٧- اذكر بعض طرق رقابة الأنشطة .
- ٨- اذكر بعض المعايير التي يمكن معها قياس النتائج النهائية للأنشطة بمفاهيم كمية للقياس.
- ٩- يمكن للإدارة كشف الانحراف عن المقاييس التي يمكن معها قياس النتائج النهائية للأنشطة من خلال عدة طرق عددها.
- ١٠- اذكر مثال للتفتيش اليومي .
- ١١- من طرق وأساليب الرقابة تحليل النسب اذكر أمثلة عليه .
- ١٢- عرف المسار الحرج .

١٣- ما الفرق بين جودة فن الرعاية و جودة الرعاية الفنية ؟

١٤- اذكر بعض المفاهيم المرتبطة بتقويم ورقابة جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.

١٥- عرف الجودة في التدقيق الطبي.

١٦- تعتمد الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات معايير هيكلية عامة تستعملها لتقويم خدمات التمريض في المستشفيات عددها.

١٧- ماذا يتضمن قياس وتقويم العمليات للحكم على جودة الخدمات في المنظمة الصحية ؟

١٨- اذكر بعض الأمثلة لقياس المخرجات .

الفصل التاسع

تحفيز العاملين في المنظمات الصحية

- التحفيز يتعلق بعملية نفسية داخلية .

- نستطيع افتراض وجوده أو عدمه من ملاحظة سلوك الأفراد.

❖ حاجات العاملين :

يمكن تحديد الحاجات العامة للأفراد كما يلي :

١- الراتب .

٢- الأمن الوظيفي .

٣- الحاجة للصدقة والزمالة والقبول من قبل مجموعة العمل ((يشير إلى الحاجة إلى تبني نظام جيد للتعيين وتوفير الوسائل والسبل للاختلاط والاحتكاك مع الزملاء ...فترات الراحة ...برامج الترفيه خلق روح الفريق)) .

٤- الاعتراف بالأداء الجيد ومكافأته مادياً ومعنوياً .

٥- عمل ذا قيمة ويحظى بالقبول والاحترام . (أهمية الإثراء الوظيفي) .

٦- الفرصة للتقدم والرقي .

٧- ظروف عمل مريحة وآمنة وجذابة .

٨- قيادة كفأة وعادلة

٩- معقولية المهام والأهداف والأوامر والتعليمات من الرؤساء بحيث تكون :

١- من متطلبات العمل .

٢- مقبولة وقابلة للتنفيذ .

٣- كاملة بدون تفصيل ممل .

٤- واضحة ودقيقة .

٥- تشجع الرؤوسين على قبولها والالتزام بها .

مغالطات شائعة في التحفيز :

١- أن العامل المحفز أكثر إنتاجاً :

- لا بد من التمييز بين الحفز والأداء << قد يكون العامل محفزاً للعمل وتكون إنتاجيته ضعيفة فالأداء لا يعتمد على الحفز فقط بل يعتمد على القدرة وعوامل أخرى كتوفر الموارد للقيام بالعمل والأداء .

- الحفز من أهم عوامل النجاح في أداء العمل أو الإنجاز (ليس العامل الوحيد في ذلك) .

- الهدف الأساسي من الحفز هو زيادة الإنجاز لدى الفرد .

٢- يتوفر الحفز لدى البعض ولا يتوفر عند البعض الآخر :

- يعبر الحفز عن ارتباطه بالحالة أو الموقف أو البيئة التي يعمل بها الشخص .

- الحفز والسلوك ينتجان عن عدة تفاعلات ما بين عوامل متعددة شخصية وبيئية و موقفية تختلف باختلاف الأوقات والظروف والمواقف والأشخاص .

٣- يمكن حفز الناس على نطاق واسع :

- يتوجب على المدراء أن يعاملوا الناس كأشخاص مستقلين لهم توجهاتهم واحتياجاتهم وتختلف الاحتياجات من شخص لآخر حيث أن لكل حالة ظروفها ومعطياتها .

- عند التعامل مع الأشخاص فإنه يجب الأخذ بعين الاعتبار عوامل الاختلافات ما بين الأشخاص وكذلك اختلافات المواقف والظروف التي يمكن تحديدها فيما يلي :

أ- الموقع الوظيفي أو عمل الموظف .

ب- مرحلة التقدم المهني في الوظيفة (career stage).

ج- العوامل الشخصية .

أ) الموقع الوظيفي أو العمل :

أهم ما يميز الخدمات الصحية ومنظماتها هو تعدد الوظائف المهنية ونوعها وتعدد الاختصاصات من الوظائف البسيطة إلى الوظائف والأعمال المعقدةوعلى الإداري الصحي إدراك أن عملية التحفيز تختلف حسب نوع الوظيفة ونوعية المهني الذي يواجهه.....

ب) مرحلة التقدم المهني :

- مرحلة جوهريّة في عملية الحفز الإنساني .

- متطلبات طبيب امتياز تختلف عن متطلبات وتطلعات طبيب متخصص في الطب الباطني .

- القيم والاتجاهات تختلف من مهني لآخر وخاصة في مراحل التقدم والرقي المهني في مسيرة الموظف المهنية حيث تصبح الاحتياجات النفسية والمعنوية على قد كبير من الأهمية .

ج) عوامل شخصية :

- العوامل الشخصية قد تؤثر على الحفز للعمل .

- الناس من خلال العمل يتأثرون بعوامل شخصية كثيرة خلال مسيرة الحياة فمثلاً ممرضة خريجة جديدة لا يؤثر عليها عليها العمل في المناوبات الليلية كممرضة لديها عدة أطفال .

- من العوامل الأخرى المرض والمشاكل الصحية والاجتماعية والاقتصادية الأخرى .

٤- النقود هي عجلة الحياة :

- يتغير تحفيز العاملين بتغير الوقت والظروف والأشخاص وطبيعة العمل والعوامل الإنسانية والأداء والأدوار الشخصية ومرحلة التقدم المهني وطبيعة الوظائف والأعمال التي يقوم بها العاملون أو المهنيون لذلك يقوم المدير الصحي بعملية تقويم الحفز عند العاملين بشكل دوري وبمنهج علمي نظراً لتغير تحفيز العاملين بتغير العوامل المذكورة .

- إن عملية تقويم الحفز تخدم غرض تحديد حاجات العاملين ودوافعهم وقيمهم وتؤدي إلى خلق جو من الارتياح والشعور بالرضا عند العاملين للتعبير عن تطلعاتهم واهتماماتهم وكذلك تعطي المدراء الصحيين الفرصة لحل المشاكل وتحديد الأهداف ولا بد للمدراء من تعزيز عملية الحفز وفهم حقيقي للطبيعة الإنسانية والعوامل التي تحرك السلوك عند الناس وتحفزهم للعمل .

نظريات التحفيز : ص ٢٥٠

تقسم إلى مجموعتين :

(أ) نظريات المحتوى في الحفز : تركز على محركات السلوك الإنساني .

(ب) نظريات العمليات في الحفز : حيث ركزت على التحفيز كعملية لبيان كيفية تحريك السلوك الإنساني .

أولاً : نظريات المحتوى content theory :

١- نظريات هرمية الحاجات لماسلو ٢- نظرية العاملين ٣- نظريات الحاجات الثلاث. ٤- نظرية تعلم الحاجات .

- تركز نظريات المحتوى في الحفز على الإجابة على سؤال أساسي هو ما الذي يحفز الفرد ؟

- تركز على الحاجات الإنسانية والنقص في إشباعها كمحركات لسلوك الفرد في سعيه لإشباع ما يرغب به من حاجات تختلف في أهميتها وقوتها وأن هذه الحاجات غير المشبعة تخلق حالة من عدم التوازن.....

١- نظرية هرمية الحاجات لماسلو:

من أكثر النظريات شيوعاً تقول بأن الفرد في سعيه للتقدم وتحسين نوعية حياته يحاول إشباع حاجاته بشكل متدرج وينتقل من خلال ما يسمى بهرمية الحاجات

- ترتب هذه الحاجات من الأدنى إلى الأعلى .

(أ) الحاجات الفسيولوجية :

حاجات أساسية لا تستقيم حياة الفرد بدونها مثل الحاجة للغذاء والماء والهواء ويتم إشباع هذه الحاجات من خلال النظام الجيد للأجور وتوفير عمل بيئة مناسبة.

(ب) حاجات الأمن والسلامة :

حاجة الفرد للشعور بالأمن في البيئة التي يعمل بها وفي مجتمعه مثل الحاجة إلى الأمن الوظيفي واستمرارية الوظيفة والأجر والأمن والسلامة المهنية والضمان الاجتماعي والصحي .

(ج) حاجات الحب والأمن الاجتماعي (الحاجات الاجتماعية) :

الإحساس بالحب والمودة والعطف والقبول الاجتماعي من الزملاء وحاجة تكوين الأسرة والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين من خارج نطاق العمل ويمكن إشباعها عن طريق التفاعل

الاجتماعي وخلق روح الفريق في بيئة العمل .

(د) حاجات احترام الذات :

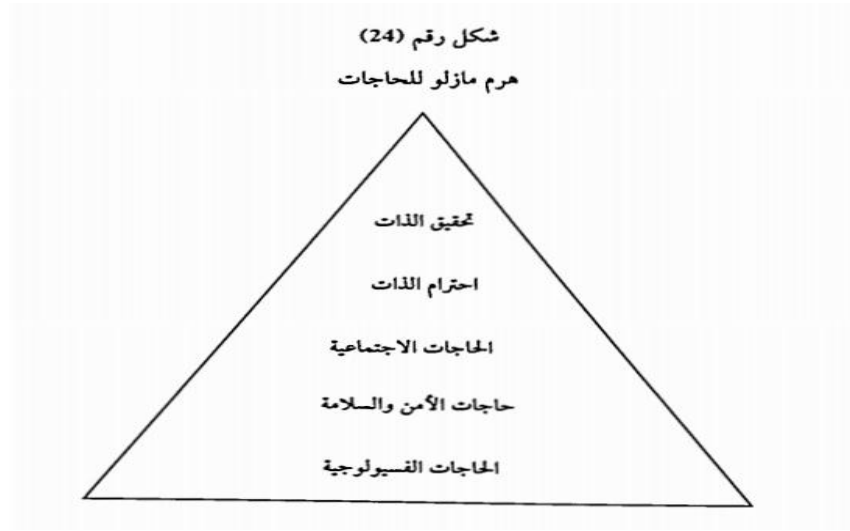
إحساس الفرد باحترامه لذاته واحترام الآخرين له ويمكن إشباعها من خلال المركز الوظيفي للفرد والمسميات الوظيفية والتقدير له والثناء عليه وتكليفه بمهام وأعمال تتناسب مع قدراته وإمكاناته وتوفير الفرص للإنجاز.

(هـ) حاجات تحقيق الذات :

قمة الهرم ...تشمل تحقيق الفرد لذاته عن طريق النمو الوظيفي المستمر وتطوير القدرات وهي من أصعب الحاجات على المدراء وإمكانية تحديدها وتلبيتها نظراً للاختلافات بين أهداف الأفراد وأولوياتهم .

- يمكن التعامل مع هذه الحاجات عن طريق توفير الفرص للمشاركة في اتخاذ القرارات واكتساب المعارف والخبرات الجديدة .

-نظرية ماسلو وحدها لا تستطيع تقديم كافة الأجوبة التي يحتاجها المدراء ولكنها ذات قيمة كبيرة كنقطة بداية وعندما تؤخذ في الاعتبار مع النظريات الأخرى .



٢- نظرية العاملين two-factor theory:

- طورها هيرتز بيرج .

- النظر إلى العوامل التي يتألف منها العمل وتلك التي تحيط بالعمل (البيئة) .

- المحفزات الحقيقية هي موجودة بالعمل .

- عوامل الصحة وهي الأشياء التي تتألف منها البيئة المحيطة بالعمل ليست محفزات بل مثبطات يتولد عنها عدم الرضا عند عدم ملاءمتها .

- حسب هذه النظرية لا بد للمدراء من التركيز على الوظائف ومحتواها كأساس للتحفيز وأن ينظر إلى سلم الأجور والمزايا الأخرى وظروف العمل كعوامل بيئية لا بد من تعزيزها بشكل دوري لتجنب عدم الرضا لدى العاملين .

- العوامل البيئية لا تحفز بالضرورة عندما تكون مقبولة أو جديدة أما إذا كانت غير مقبولة فيمكن أن تؤدي إلى عدم الرضا عند العاملين وهذه العوامل هي :

(أ) الاتصال ويشمل :

- تقدير جهود العامل.

- معرفة أنشطة واتجاهات وأهداف وخطط التنظيم .

- معرفة الفرد بمدى إنجازه .

- السرية في تعامل الإدارة مع الفرد (الدبلوماسية والحرص في تأديب الموظف وتوفير قدر من الخصوصية له .

(ب) إمكانية النمو ويشمل :

- فرص التقدم والترقي في المنظمة .

(ج) سياسات الأفراد : لا بد أن تراعي :

- تلبية احتياجات الفرد بشكل معقول .

- الأمان في العمل .

- ولاء المؤسسة للموظف (مثل تعبئة الشواغر من الداخل)

- احترام معتقدات وقيم الموظف .

- معاملة عادلة ومتوازنة نسبة إلى الموظفين الآخرين .

(د) إدارة الرواتب والأجور :

إيجاد أجور ومزايا إضافية عادلة نسبة إلى الزملاء في التنظيم وفي المجتمع وضمن المهنة نفسها .

(هـ) ظروف العمل :

توفير ظروف العمل العادية نسبة إلى ما هو متوقع أو مرغوب .

دور المدير في التحفيز :

لمدير المؤسسة تأثير على كلا العوامل المحفزة والعوامل البيئية إلا أن مدى التأثير يعتمد بشكل جزئي على طبيعة العمل وجزئياً على المؤسسة

- بالنسبة للعوامل المحفزة فإن طبيعة العمل المهني تشير إلى أن المدير لديه فرصة كبيرة لتحفيز العاملين المهنيين أكثر من غيرهم فالمهنيون يعلمون على الأرجح لتلبية الاحتياجات النفسية وهذا يشير بأن المهنيين الصحيين يمكن إدارتهم بفاعلية أكبر من خلال أسلوب الإدارة بالمشاركة

- أما التأثير المحتمل للمدير على العوامل البيئية المحيطة بيئته العمل فيمكن بيانه كما يلي :

(أ) الاتصال :

يمثل المدير حلقة الاتصال الرئيسية مع كل العاملين وعلى كل المستويات حيث يمكنه الإجابة على أسئلة مهمة مباشرة أو بشكل غير مباشر من خلال العلاقات الشخصية المباشرة مع الموظف

(ب) إمكانية النمو:

للمدير دور محدود في مجال إمكانية النمو حيث لا يستطيع خلق فرص غير موجودة أصلاً بسبب عدم وجود شواغر للترقية أو بسبب محدوديتها أو محدودية السلم الوظيفي لهذه الوظيفة .

(ج) سياسات الأفراد:

- دور المدير في صياغة السياسات قد يكون محدود أو كبير إلا أن له دور كبير في التطبيق العادل لهذه السياسات على الجميع وتجنب ازدواجية التطبيق لمنع حدوث عدم الرضا للموظف .

(د) إدارة الرواتب والأجور:

دور المدير في تقدير سلم الأجور محدود للغاية إلا أن دوره الرئيسي في التوظيف والترقية ومنح زيادات الرواتب السنوية والتطبيق العادل لهيكل الأجور وعدالة الراتب نسبة للزملاء ونسبة إلى الذين يؤدون نفس الأعمال في المنظمات المشابهة .

(هـ) ظروف العمل:

- للمدير دور فعال في تهيئة الظروف المناسبة للعمل في الأمور البسيطة .
- عدم توفر الأمور البسيطة مثل الإضاءة الملائمة والمكان الكافي لسيارات الموظفين يمكن أن يؤدي إلى عدم الرضا .
- عمل المدير هنا حلقة وصل مهمة لنقل الشكاوي حول ظروف العمل ورفعها للجهات المسؤولة .

٣- نظرية الحاجات الثلاث ERG theory :

- طورها ((الدرفير)) نظرية هرمية أبسط للحاجات الإنسانية من هرمية ماسلو حيث صنف الحاجات الإنسانية إلى ثلاثة مستويات :

(أ) حاجات لضمان الوجود existence: يقابلها الحاجات الفسيولوجية وحاجات الأمن لدى ماسلو .

(ب) حاجات الانتماء relatedness : يقابلها الحاجات الاجتماعية لدى ماسلو .

(ج) حاجات النمو growth : يقابلها حاجات احترام وتحقيق الذات .

<< تختلف هذه النظرية عن نظرية ماسلو بالقول بأنه يمكن تحفيز الأفراد بأكثر من مستوى من هذه الحاجات في نفس الوقت حيث تنفي مبدأ التدرج في إشباع الحاجات .

- تقول هذه النظرية بمبدأ التراجع والانحدار بمعنى أنه إذا لم تشبع الحاجات عند المستوى الأعلى يصاب الفرد بالإحباط وينحدر إلى المستوى الأدنى .

- تقول هذه النظرية بأن الحاجات الإنسانية ليست ثابتة وتتأثر بالفرص التي توفرها المنظمات

٤- نظرية تعلم الحاجات learned need theory:

تركز هذه النظرية على أهم الحاجات الإنسانية دون الاهتمام بترتيبها هرمياً كما في النظريات السابقة .

حيث حددت ثلاثة حاجات هامة كمحركات للسلوك والحفز الإنساني وهي :

(أ) الحاجة للإنجاز : يميلون الأفراد إلى المهام والأعمال التي تعطيهم الفرص لتحمل المسؤولية الشخصية .

(ب) الحاجة للسلطة والنفوذ : رغبة الفرد للتأثير على الآخرين للأفراد الذي لديهم درجة عالية من السلطة يميلون للعمل الإداري .

(ج) الحاجة للانتماء : رغبة الفرد في الارتباط بالآخرين على أساس المودة والدفء في العلاقات الإنسانية . إذا مارس هؤلاء الأفراد وظائف الإدارة العليا فغالبا يكونون مدراء غير فاعلين نتيجة لتركيزهم الكبير على العلاقات الإنسانية والصدقة على حساب إنتاجية وفاعلية المنظمات التي يديرونها .

- كل فرد لديه مخزون من الطاقة والإمكانات التي يمكن إطلاقها لتحقيق الأهداف المرغوبة للفرد حسب الأهمية التي يعطيها الفرد لهذه الحاجات والحافزية التي تختلف من فرد لآخر .

♦♦ النقطة الهامة التي لا بد من انتباه المدراء لها عند التفكير في تحفيز العاملين هي :

ضرورة الموازنة بين طبيعة العمل المسند للفرد وحاجة الفرد نفسه .

-تفيد هذه النظرية في مجال اختبار الأفراد لإشغال الوظائف في المنظمات حيث يمكن اختيار الأفراد الذي لديهم درجة عالية من هذه الحاجات حسب احتياجات المنظمة .

ثانياً : نظريات العملية process theory :

- تسمى أيضاً بنظريات المعرفة وتركز على كيفية تحديد الأفراد لخياراتهم للقيام بالعمل بأقصى جهد أو غير ذلك بالاستناد إلى تفضيلاتهم الفردية والمكافآت المتوفرة في المنظمات والنتائج المحتملة للقيام بالعمل المطلوب .

(أ) نظرية العدالة . (ب) نظرية التوقع . (ج) نظرية تحديد الأهداف . (د) نظرية التعزيز .

(أ) نظرية العدالة equity theory :

طورها ستاسي آدم وتنص على أن ((اللاعدالة المدركة من قبل الفرد هي حالة محفزة للفرد)) بمعنى أنه عند شعور الفرد بأنه قد تم التعامل معه بشكل غير عادل بالمقارنة مع الآخرين سوف يحاول هذا الفرد القضاء على شعور عدم الارتياح لديه الناتج عن الشعور باللاعدالة واستعادة الشعور بالعدالة بالنسبة لما يواجهه من حالة أو موقف .

<< الطرق التي يمكن أن يلجأ لها الفرد عند شعوره باللاعدالة :

أ- تقليل الجهد المبذول في العمل .

ب- تغيير المكافآت التي تلقاها بطلب مكافآت أكبر أو تعديل المكافأة .

ج- تغيير أوجه المقارنة مع الآخرين بهدف جعل المكافأة تبدو مقبولة .

د- تغيير الوضع أو المواقف عن طريقة النقل إلى عمل آخر أو موقع آخر أو عن طريق ترك العمل والاستقالة .

♦♦ تشير هذه النظرية إلى نقطة هامة وهي أن الأفراد يسلكون سلوكاً معيناً انطلاقاً مما يدركون وليس مما يدركه المدراء أو يعتقدون به ولذلك فإن المكافآت كما يدركها الأفراد هي التي تؤثر على الحفز والسلوك وليس

القيمة المطلقة للمكافأة أو ما يعتقد المدراء فالمكافأة التي تدرك إيجابياً من قبل الأفراد يكون لها نتائج إيجابية على الرضا والأداء.....وهكذا.....لذلك على المدراء تجنب الإدراكات السلبية للمكافآت أو تقليلها إلى الحد الأدنى عند تحديد مكافآت الأفراد وخصوصاً المكافآت العلنية مثل زيادات الأجور والترقيات بشرح وتوضيح أسس تحديد المكافآت والترقيات كطريقة تقويم الأداء التي استندت إليها المكافآت .

ب) نظرية التوقع expectance theory:

- طورها فيكتور فيروم / تجيب على سؤال هام وهو ما الذي يحدد استعداد ورغبة الفرد للعمل بأقصى طاقته والقيام بالمهام التي تطلبها المنظمة منه .

والجواب : أن الأفراد سيقومون بما يمكنهم القيام به عندما يريدون ذلك .

وهذا يعني أن التحفيز للقيام بالعمل يعتمد على العلاقة بين ثلاثة عوامل احتمالية هي :

١- التوقع expectance :

اعتقاد الفرد بأن بذل الجهد اللازم سينتج عنه تحقيق المستوى المرغوب من الأداء ويشير البعض لهذا ب((العلاقة المتوقعة بين الجهد والأداء)).

٢- الوسيلة instrumentality:

تشير إلى اعتقاد الفرد بأن تحقيق الأداء المطلوب سيتبعه منح المكافآت ((العلاقة المتوقعة بين الأداء والنتيجة)).

٣- التكافؤ valance:

تشير إلى القيمة التي يحددها أو يضعها الفرد للمكافأة المحتملة والنتائج الأخرى التي يمكن أن يحصل عليها كنتيجة لتحقيق الإنجاز المطلوب .

-تقول نظرية التوقع بأن التحفيز والتوقع والوسيلة والتكافؤ مرتبطة ببعضها البعض بعلاقة رياضية حيث يمكن تحديد قوة التحفيز بالمعادلة التالية :

قوة التحفيز = التوقع X الوسيلة X التكافؤ.

-إذا كانت قيمة أي من العناصر الثلاثة في المعادلة صفراً ستكون قوة التحفيز صفراً .

.....منخفضة.....منخفضة

-على المدراء تعظيم قيمة العناصر الثلاثة المؤثرة في تحديد قوة التحفيز .

لتعظيم التوقع :

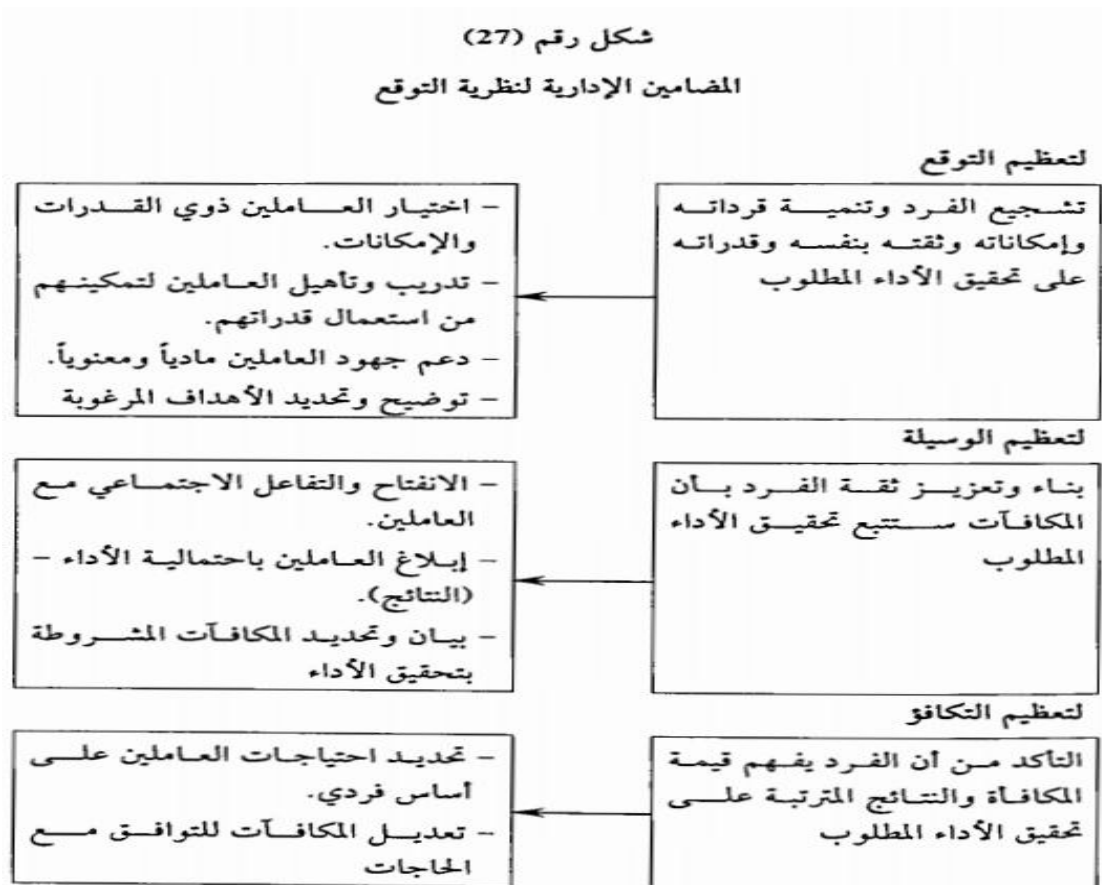
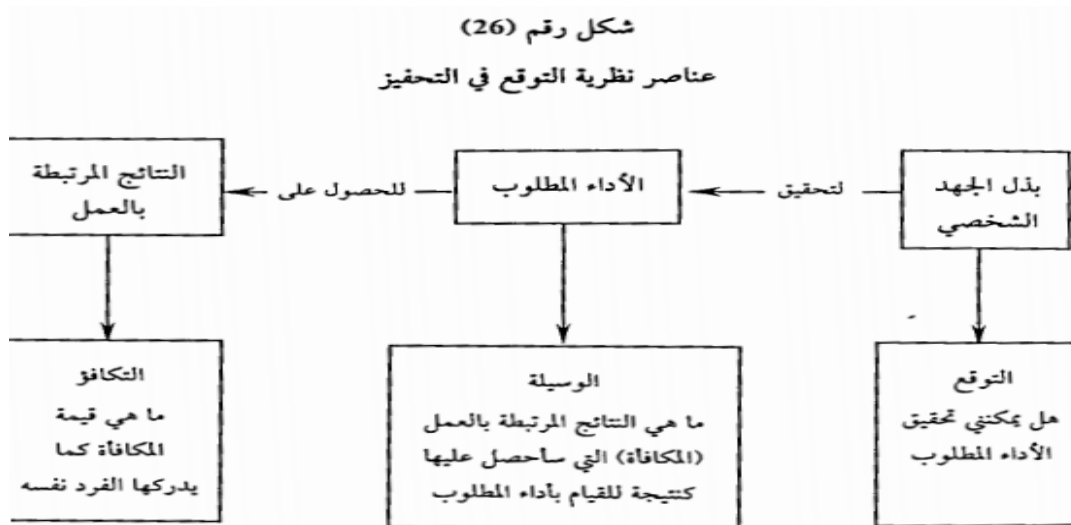
- تشجيع الفرد وتنمية قدراته وإمكاناته وثقته بنفسه وقدراته على تحقيق الأداء المطلوب .

لتعزيز الوسيلة:

- بناء وتعزيز ثقة الفرد بأن المكافآت ستتيح تحقيق الأداء المطلوب.

لتعزيز التكافؤ:

- التأكد من أن الفرد يفهم قيمة المكافأة أو النتائج المترتبة على تحقيق الأداء المطلوب.



(ج) نظرية وضع الأهداف goal - setting theory :

- وضعها أودين لويك.

- أساس النظرية يتمثل بوضع أهداف واضحة ومرغوبة للعاملين كأفراد أو مجموعات وتفترض أن النظرية أن أهداف الأداء يمكن أن تكون ذات قوة تحفيزية عالية إذا تم وضعها وإدارتها بشكل صحيح .

- تشكل الأهداف إطاراً مرجعياً للتغذية الراجعة ولتقويم الأداء وتعتبر الأساس للإدارة بالأهداف والإدارة الذاتية وخاصة للمهنيين الصحيين .

- تركز القيم المهنية على الإدارة الذاتية للمهنيين .

<< يؤمن رواد هذه النظرية بأن وضع الأهداف يمكن أن يحسن الأداء الفردي والرضا الوظيفي .

<< لتحقيق فوائد وضع الأهداف ضروري يعمل المدراء وقادة فرق العمل معاً لوضع الأهداف على أساس المشاركة ((مشاركة العاملين ...))

<< تقول النظرية بأن وضع الأهداف عملية عقلية وجدانية لا بد أن يتوفر لها عدداً من الشروط ليكون لها تأثيراً إيجابياً على الأداء :

١- وضع أهداف محددة ودقيقة والابتعاد عن الأهداف العامة والفضفاضة .

٢- تبني أهداف واقعية وقابلة للإنجاز ورفع مستوى هذه الأهداف بما يشكل تحدي للفرد ((الأهداف الصعبة والواقعية أكبر حافزية من الأهداف السهلة وغير الواقعية))

٣- ضمان قبول الأفراد للأهداف والالتزام بها .

٤- وضع أولويات واضحة للأهداف الواجب التركيز عليها وتحقيقها أولاً .

٥- مكافأة الإنجاز الجيد والتأكد من التوافق بين المكافأة والإنجاز .

د (نظرية التعزيز reinforcement :

- الافتراضات الأساسية لهذه النظرية طورها سكنر .

- تقول النظرية بأن السلوك الإنساني يتحدد بناء على النتائج التي تترقب على السلوك في السياق البيئي للسلوك .

- تركز نظرية التعزيز على البيئة الخارجية وما تحمله من نتائج للفرد .

- تركز الافتراضات الأساسية لهذه النظرية على قانون الأثر لتورنبايك ومفاده أن : السلوك الذي ينتج عنه نتائج مرغوبة سيتم تكراره على الأرجح والسلوك الذي ينتج عنه نتائج غير مرغوبة لن يتم تكراره على الأرجح .

- تتضمن هذه النظرية ثلاثة مكونات هي :

١- المثير stimulus : أي وضع أو متغير يستثير استجابة سلوكية .

٢- الاستجابة : هي القيام بسلوك ما كرد فعل لموقف أو مثير .

٣- النتيجة consequence : الشيء الذي يتبع الاستجابة ويغير من احتمالية تكرار الاستجابة .

♦♦ هناك ٤ استراتيجيات للتعزيز هي :

١- التعزيز الإيجابي : يزيد احتمالية تكرار السلوك بجعل النتيجة المرغوبة ((المكافأة)) مرتبطة بحدوث السلوك السلبي

٢- التعزيز السلبي : ويشير إلى إيقاف أو إلغاء المكافأة أو العقاب لزيادة احتمالية تكرار السلوك المرغوب .

٣- العقاب : يقلل احتمالية الاستجابة أو السلوك السلبي .

٤- الإطفاء extinction : يشير إلى عدم التدخل أو التجاهل لتثبيط سلوك غير مرغوب أو تقليل حدوثه على أساس أن السلوك الذي لا يعزز يتضاءل ويتلاشى .

- الدرس المهم الذي يمكن للمدراء تعلمه من نظرية التعزيز في محاولتهم تحفيز العاملين وتحسين الأداء هو :

أن الأداء يكون أفضل عند ربط المكافأة أو اشتراطها بسلوك معين وهذا ما يعرف بقانون التعزيز المشروط law of contingent reinforcement وتعزز السلوك فور حدوثه وهذا ما يعرف بقانون التعزيز الفوري .

نظريات التحفيز والمهنيون الصحيون :

- الحافز الأساسي للعمل يمكن أن يختلف من شخص لآخر ونتيجة لذلك فإن المعروف من نظريات الحفز يمكنها حفز بعض الأفراد ولا يمكنها حفز البعض الآخر . فالحافز للعمل ببساطة لا يوجد بشكل متساو وعند جميع الأفراد لأن أهمية العمل وقيمه تختلف من أولوية قصوى عند البعض إلى أولوية دنيا عند البعض الآخر .

تحفيز المهنيين في المنظمة الصحية :

- يركز المهنيون بالمقارنة مع غير المهنيين على الأمور التالية :

١- النمو داخل التنظيم وفي المهنة نفسها وكسب مقدار كبير من المال .

٢- الحاجة القوية للإنجاز .

٣- الولاء للمهنة أكثر من الولاء للمنظمة ومعاييرها .

٤- حب العمل والاهتمام به لذاته وليس لما ينتج عنه .

٥- حاجة أقوى للاستقرار داخل المهنة .

٦- المهني بالمقارنة مع غير المهني يضع تأكيد أكبر على إشباع احتياجات المستوى الأعلى ((الحاجات النفسية)) ولا يعني ذلك أن كافة المهنيين يهتمون بذلك بشكل متساو والمهني بطبيعته دائم الحركة والتنقل وقائد أكثر منه تابع لذلك لا بد للمدراء من الاستفادة من هذه الخصائص لتحفيز المهنيين .

♦♦♦ أفضل الطرق لتحفيز المهنيين هو ممارسة أسلوب الإدارة بالمشاركة والانفتاح لتنمية الرقابة الذاتية والحكم الذاتي ومن أكثر الأساليب استعمالاً في هذا المجال :

عدد أكثر الأساليب استعمالاً لتحفيز المهنيين .

١- الدوائر النوعية لحل المشاكل بأسلوب جماعي .

٢- تبسيط العمل الذي من شأنه خلق المشاركة في تحسين طرق العمل .

٣- الإدارة بالأهداف والتي تركز على وضع الأهداف بالاتفاق والمشاركة .

٤- الإثراء الوظيفي وتركز على توسيع أو تغيير الأدوار بما في ذلك نظام الساعات المرنة والتدوير الوظيفي .

العوامل المؤثرة في دوران العمل- معدل الدوران - الدوران الوظيفي - : ((أهم العوامل)) :

١- عدم توفر الرضا الوظيفي .

٢- عدم توفير العمل المناسب لمعارفهم ومهاراتهم .

٣- عدم الرضا عن أسلوب الإشراف .

٤- عدم الرضا عن سمعة التنظيم .

٥- عدم الانسجام بين مجموعة العمل .

٦- الرواتب غير المناسبة : غياب عدالة الأجور , الأجر القليل مثبت .

- أجب بصح أو خطأ:

- ١- التحفيز يتعلق بعملية نفسية خارجية و نستطيع افتراض وجوده أو عدمه من ملاحظة سلوك الأفراد (ص) (خ).
- ٢- العامل المحفز أكثر إنتاجاً (ص) (خ).
- ٣- الهدف الأساسي من الحفز هو زيادة الإنجاز لدى الفرد (ص) (خ).
- ٤- الحفز والسلوك ينتجان عن عدة تفاعلات ما بين عوامل متعددة شخصية وبيئية و موقفية تختلف باختلاف الأوقات والظروف والمواقف والأشخاص (ص) (خ).
- ٥- يتوفر الحفز لدى البعض ولا يتوفر عند البعض الآخر (ص) (خ).
- ٦- لا يمكن حفز الناس على نطاق واسع (ص) (خ).
- ٧- عملية التحفيز تختلف حسب نوع الوظيفة ونوعية المهني الذي يواجهه (ص) (خ).
- ٨- القيم والاتجاهات لا تختلف من مهني لآخر (ص) (خ).
- ٩- لا يتغير تحفيز العاملين بتغير الوقت والأشخاص (ص) (خ).
- ١٠- نظريات العمليات في الحفز تركز على محركات السلوك الإنساني (ص) (خ).
- ١١- نظرية التعزيز إحدى نظريات العمليات في التحفيز (ص) (خ).
- ١٢- تركز نظريات المحتوى في الحفز على الحاجات الإنسانية والنقص في إشباعها كمحركات لسلوك الفرد (ص) (خ).
- ١٣- ترتب الحاجات وفقاً لنظرية هرمية الحاجات لما سلو من الأعلى للأدنى (ص) (خ).
- ١٤- نظرية التعزيز ذات قيمة كبيرة كنقطة بداية وعندما تؤخذ في الاعتبار مع النظريات الأخرى (ص) (خ).
- ١٥- يمكن التعامل مع الحاجات الإنسانية عن طريق توفير الفرص للمشاركة في اتخاذ القرارات واكتساب المعارف والخبرات الجديدة (ص) (خ).
- ١٦- استنتج هيرتز بيرج أن المحفزات الحقيقية هي موجودة بالعمل وأن عوامل الصحة ليست محفزات بل مشبطات يتولد عنها عدم الرضا عند عدم ملاءمتها (ص) (خ).
- ١٧- العوامل البيئية وفقاً لنظرية العاملين لا تحفز بالضرورة عندما تكون مقبولة أو جديدة (ص) (خ).
- ١٨- من أمثلة ولاء المؤسسة للموظف تعبئة الشواغر من الداخل (ص) (خ).
- ١٩- يؤثر مدير المؤسسة على العوامل المحفزة ولا يؤثر على العوامل البيئية (ص) (خ).
- ٢٠- المهنيون الصحيون يمكن إدارتهم بفاعلية أكبر من خلال أسلوب الإدارة بالمشاركة (ص) (خ).
- ٢١- للمدير دور غير محدود في مجال إمكانية النمو (ص) (خ).
- ٢٢- دور المدير في تقدير سلم الأجور محدود للغاية (ص) (خ).
- ٢٣- للمدير دور فعال في تهيئة الظروف المناسبة للعمل في الأمور البسيطة (ص) (خ).

- ٢٤- يمكن تحفيز الأفراد بأكثر من مستوى من هذه الحاجات في نفس الوقت حيث تنفي مبدأ التدرج في إشباع الحاجات (ص) (خ).
- ٢٥- تقول هذه النظرية بأن الحاجات الإنسانية ثابتة وتتأثر بالفرص التي توفرها المنظمات (ص) (خ).
- ٢٦- نظرية الحاجات الثلاث تركز على أهم الحاجات الإنسانية دون الاهتمام بترتيبها هرمياً (ص) (خ).
- ٢٧- الأفراد الذي لديهم درجة عالية من السلطة يميلون للعمل الفني (ص) (خ).
- ٢٨- اللامعالية المدركة من قبل الفرد هي حالة محفزة للفرد وفقاً لنظرية العدالة (ص) (خ).
- ٢٩- من الطرق التي يمكن أن يلجأ لها الفرد عند شعوره باللامعالية تغيير أوجه المقارنة مع الآخرين بهدف جعل المكافأة تبدو مقبولة (ص) (خ).
- ٣٠- الوسيلة وفقاً لنظرية التوقع هي العلاقة المتوقعة بين الجهد والأداء (ص) (خ).
- ٣١- قوة التحفيز = التوقع X الوسيلة ÷ التكافؤ (ص) (خ).
- ٣٢- لتعظيم التكافؤ وفقاً لنظرية التوقع يجب التأكد من أن الفرد يفهم قيمة المكافأة أو النتائج المترتبة على تحقيق الأداء المطلوب (ص) (خ).
- ٣٣- تشكل الأهداف إطاراً مرجعياً للتغذية الراجعة ولتقويم الأداء وتعتبر الأساس للإدارة بالأهداف والإدارة الذاتية وخاصة للمهنيين الصحيين (ص) (خ).
- ٣٤- تركز القيم المهنية على الإدارة الذاتية للمهنيين (ص) (خ).
- ٣٥- الأهداف الصعبة والواقعية أقل حافزية من الأهداف السهلة وغير الواقعية (ص) (خ).
- ٣٦- تركز نظرية التعزيز على البيئة الداخلية وما تحمله من نتائج للفرد (ص) (خ).
- ٣٧- الحافز الأساسي للعمل لا يمكن أن يختلف من شخص لآخر (ص) (خ).
- ٣٨- المعروف من نظريات الحفز يمكنها حفز بعض الأفراد ولا يمكنها حفز البعض الآخر (ص) (خ).
- ٣٩- الولاء عند المهني للمنظمة ومعاييرها أكثر من الولاء للمهنة ومعاييرها (ص) (خ).
- ٤٠- يحب المهني العمل والاهتمام به لذاته وليس لما ينتج عنه (ص) (خ).
- ٤١- المهني بالمقارنة مع غير المهني يضع تأكيد أكبر على إشباع الحاجات النفسية (ص) (خ).
- ٤٢- الإدارة بالأهداف تركز على وضع الأهداف بالاتفاق والمشاركة (ص) (خ).
- ٤٣- من أكثر الأساليب استعمالاً لتحفيز المهنيين تبسيط العمل (ص) (خ).

- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :

- ١- جميع النظريات التالية تندرج تحت نظريات المحتوى في التحفيز ما عدا : ((نظرية تعلم الحاجات / نظرية التوقع / نظريات الحاجات الثلاث / نظرية العاملين)).
- ٢- يمكن إشباعها من خلال المركز الوظيفي للفرد والمسميات الوظيفية والتقدير له والثناء عليه وتكليفه بمهام وأعمال تتناسب مع قدراته وإمكاناته وتوفير الفرص للإنجاز : ((حاجات الأمن والسلامة/ الحاجات الاجتماعية / حاجات احترام الذات / حاجات تحقيق الذات)).
- ٣- هي من أصعب الحاجات على المدراء وإمكانية تحديدها وتلبيتها نظراً للاختلافات بين أهداف الأفراد وأولوياتهم : ((حاجات الأمن والسلامة/ الحاجات الاجتماعية / حاجات احترام الذات / حاجات تحقيق الذات)).
- ٤- حسب هذه النظرية لا بد للمدراء من التركيز على الوظائف ومحتواها كأساس للتحفيز وأن ينظر إلى سلم الأجور والمزايا الأخرى وظروف العمل كعوامل بيئية لا بد من تعزيزها بشكل دوري لتجنب عدم الرضا لدى العاملين : ((نظرية تعلم الحاجات / نظرية التوقع / نظريات الحاجات الثلاث / نظرية العاملين)).
- ٥- السرية في تعامل الإدارة مع الفرد من النقاط المهمة ضمن عامل : ((الاتصال/ إمكانية النمو / سياسات الأفراد / ظروف العمل)) من العوامل البيئية .
- ٦- نظرية هرمية للحاجات الإنسانية تصنف الحاجات الإنسانية إلى ثلاثة مستويات : ((نظرية تعلم الحاجات / نظرية التوقع / نظريات الحاجات الثلاث / نظرية العاملين)).
- ٧- إذا مارس هؤلاء الأفراد وظائف الإدارة العليا فعالباً يكونون مدراء غير فاعلين : ((الأفراد الذين لديهم حاجة للإنجاز / الأفراد الذين لديهم حاجة للنفوذ / الأفراد الذين لديهم حاجة أكثر للانتماء)).
- ٨- تفيد هذه النظرية في مجال اختبار الأفراد لإشغال الوظائف في المنظمات حيث يمكن اختيار الأفراد الذي لديهم درجة عالية من هذه الحاجات حسب احتياجات المنظمة : ((نظرية التوقع / نظريات الحاجات الثلاث / نظرية العاملين / لا شيء مما ذكر)).
- ٩- تركز على كيفية تحديد الأفراد لخياراتهم للقيام بالعمل بأقصى جهد أو غير ذلك بالاستناد إلى تفضيلاتهم الفردية والمكافآت المتوفرة في المنظمات والنتائج المحتملة للقيام بالعمل المطلوب : ((نظرية العدالة / نظرية التوقع / نظرية تحديد الأهداف / نظرية التعزيز / جميع ما سبق)).
- ١٠- تشير هذه النظرية إلى نقطة هامة وهي أن الأفراد يسلكون سلوكاً معيناً انطلاقاً مما يدركون وليس مما يدركه المدراء أو يعتقدون به : ((نظرية العدالة / نظرية التوقع / نظرية تحديد الأهداف / نظرية التعزيز / جميع ما سبق)).
- ١١- تقول هذه النظرية بأن السلوك الإنساني يتحدد بناء على النتائج التي تترتب على السلوك في السياق البيئي للسلوك : ((نظرية العدالة / نظرية التوقع / نظرية تحديد الأهداف / نظرية التعزيز / جميع ما سبق)).
- ١٢- من استراتيجيات التعزيز تشير إلى إيقاف أو إلغاء المكافأة أو العقاب لزيادة احتمالية تكرار السلوك المرغوب : ((التعزيز الإيجابي / التعزيز السلبي / العقاب / الإطفاء)).

- أكمل الفراغ فيما يلي :

- ١- مصطلح الإثراء الوظيفي يعني :
- ٢- عوامل الاختلافات ما بين الأشخاص و اختلافات المواقف والظروف يمكن تحديدها فيما يلي : ١-
..... ٢-..... ٣-.....
- ٣- أهم ما يميز الخدمات الصحية ومنظماتها هو.....
- ٤- تقسم نظريات التحفيز إلى مجموعتين : ١- ٢-.....
- ٥- النقطة الهامة التي لا بد من انتباه المدراء لها عند التفكير في تحفيز العاملين هي:.....
- ٦- التحفيز للقيام بالعمل وفقاً لنظرية التوقع يعتمد على العلاقة بين ثلاثة عوامل احتمالية هي: ١-.....
..... ٢-..... ٣-.....
- ٧- لتحقيق فوائد وضع الأهداف ضروري يعمل المدراء وقادة فرق العمل معاً لوضع الأهداف على أساس.....
- ٨- السلوك الذي ينتج عنه نتائج مرغوبة سيتم تكراره على الأرجح والسلوك الذي ينتج عنه نتائج غير مرغوبة لن يتم تكراره على الأرجح وفقاً ل.....
- ٩- تتضمن نظرية التعزيز ثلاثة مكونات هي : ١- ٢-..... ٣-.....
- ١٠- أفضل الطرق لتحفيز المهنيين هو ممارسة أسلوب :.....
- ١١- من أكثر الأساليب استعمالاً لتحفيز المهنيين الإثراء الوظيفي ويركز على

- أجب عن الأسئلة التالية :

- ١- عدد بعض الحاجات العامة للأفراد في المنظمة .
- ٢- لما ذا يجب أن يقوم المدير الصحي بعملية تقييم الحفز عند العاملين بشكل دوري وبمنهج علمي ؟ وماذا يمكن أن تؤدي إليه عملية التقييم ؟
- ٣- ماهي الأسباب المحتملة التي تحد من دور مدير المؤسسة في النمو الوظيفي ؟
- ٤- اذكر الدور الرئيسي للمدير في إدارة الرواتب والأجور .
- ٥- كيف يتجنب المدراء الإدراكات السلبية للمكافآت أو تقليلها إلى الحد الأدنى ؟
- ٦- تقول نظرية تحديد الأهداف بأن وضع الأهداف عملية عقلية وجدانية لا بد أن يتوفر لها عدداً من الشروط ليكون لها تأثيراً إيجابياً على الأداء اذكر هذه الشروط .
- ٧- هناك ٤ استراتيجيات للتعزيز عددها .
- ٨- ما الفرق بين قانون التعزيز المشروط و قانون التعزيز الفوري ؟
- ٩- ما هو أهم درس يمكن للمدراء تعلمه من نظرية التعزيز في محاولتهم تحفيز العاملين وتحسين الأداء؟
- ١٠- عدد أكثر الأساليب استعمالاً لتحفيز المهنيين .
- ١١- عدد أهم العوامل المؤثرة في دوران العمل .

الفصل العاشر

القيادة في المنظمة الصحية

تعريفات القيادة :

- **تعريف نوتروودوتل:** فن أو عملية التأثير على الآخرين من أجل بذل جهودهم برغبة واقتناع لتحقيق أهداف الجماعة .

- **تعريف هوجتزو دورثي:** عملية التأثير على الآخرين لتحقيق أهداف محددة .

- **تعريف المؤلف:** عملية تتضمن تحديد الأهداف المراد تحقيقها والتأثير على جهود الآخرين وتوجيهها وذلك باتباع الأسلوب القيادي الملائم لإنجاز الأهداف المحددة .

أسلوب القيادة :

النمط السلوكي الذي يتبعه القائد لضمان التكامل بين حاجات مرؤوسيه وحاجات التنظيم .

♦♦ الإنجاز وتحقيق الأهداف جوهر القيادة والقدرة على التأثير على الآخرين عامل أساسي في نجاح القيادة .

- مصادر قوة القيادة وتأثيرها sources of power :

حتى يتمكن الشخص من القيام بعملية التأثير على الآخرين يجب أن يتمتع بقوة أو سلطة معينة تميزه عن غيره من الأفراد ويمكن تصنيف مصادر قوة القيادة على النحو التالي :

أولاً: السلطة الرسمية :

من مظاهر هذه السلطة :

١- **قوة المكافأة reward power :** مصدرها توقعات الفرد من أن قيامه بعمله بالوجه المطلوب وإطاعته لرئيسه سيعود عليه بمكافأة مادية أو معنوية من قبل الرئيس .

٢- **قوة الإكراه courier power :** مصدرها الخوف وهي متصلة بتوقعات الفرد من أن تقصيره في تأديته واجباته أو عدم إطاعته لرئيسه سيترتب عليه نوع من العقاب المادي أو المعنوي .

٣- **السلطة القانونية legitimate power :** مصدر القوة هنا هو المركز الرسمي الذي يحتله الفرد في التنظيم الإداري وهذه القوة تنساب من أعلى إلى أسفل .

ثانياً: قوة التأثير :

مرتبطة بالشخص نفسه وليس بالمنصب ومن مظاهرها :

١- **القوة الفنية ((التخصص)) expert power :** مصدر هذه القوة الخبرة أو المهارة أو المعرفة التي يمتلكها الفرد ويتميز بها عن غيره من الأفراد . ((ممارسة الطبيب قوة فنية على مرضاه تجعلهم يقبلون قيادته نتيجة قبولهم وقناعتهم بهذه الخبرة الفنية)).

٢- **قوة الإعجاب referent power :** يحصل عليها الفرد عادة نتيجة إعجاب تابعيه ببعض صفاته الشخصية .

أساليب القيادة styles of leadership :

هناك ٤ أساليب للقيادة وهي :

١) القيادة الدكتاتورية authoritarian leadership :

يتميز القائد الدكتاتوري بمركزية السلطة المطلقة وينجز أعماله من خلال التهديد والإجبار واستعمال مبدأ الخوف وخوفاً من العقاب يسلك المرؤوسون سلوكاً معيناً لإرضاء ذلك القائد .

٢- القيادة الأوتوقراطية autocratic leadership :

يشبه القائد الدكتاتوري من حيث مركزية السلطة وعدم إفراح المجال للمرؤوسين في المشاركة بعملية القيادة إلا أنه ليس متسلطاً على مرؤوسيه وإنما هو فعال في إقناع مرؤوسيه بما يريد منهم أن يعملوه وكذلك يقوم بكل أعمال التفكير والتخطيط والتنظيم وما على مرؤوسيه سوى التنفيذ .

٣- القيادة الديموقراطية democratic leadership :

عكس القيادة الدكتاتورية والأوتوقراطية حيث يهدف إلى خلق نوع من المسؤولية لدى المرؤوسين ومحاولة مشاركتهم في اتخاذ القرارات.

يساهم في رفع الروح المعنوية للأفراد وزيادة ولائهم والتزامهم ويشعر الفرد بأهميته وقيمه في المنشأة .

يجب استعمال هذا الأسلوب بشكل أوسع مستقبلاً وذلك لسرعة التغيير في المنظمات والتدفق المستمر للمعلومات والأفكار الجديدة.

٤- قيادة عدم التدخل laissez faire :

يترك القائد الحرية الكاملة للمرؤوسين في تحديد أهدافهم واتخاذ القرارات المتعلقة بذلك .

تأثير القائد على سلوك الأفراد محدود .

ينجح هذا النوع عندما يتعامل القائد مع أفراد ذوي مستويات عقلية وعلمية عالية كما في مؤسسات الأبحاث والدراسات ومنظمات الرعاية الصحية .

نظريات القيادة the leadership theories

أولاً: نظرية السمات trait theories :

- ((نظرية الرجل العظيم)) : تقوم على أساس أن بعض الأفراد يصبحون قادة لأنهم ولدوا وهم يحملون صفات القيادة ((القائد يولد ولا يصنع)) .

- وجد بأن القائد يتميز عادة بدرجة أقوى من الأفراد العاديين في بعض الصفات الشخصية كالذكاء والبحث والاستقلالية والثقة بالنفس وتحمل المسؤولية والمعرفة والرؤيا الصحيحة والمثابرة والمصداقية والمشاركة الاجتماعية .

- أهملت دور المرؤوسين في إنجاح عملية القيادة حيث أثبتت الدراسات أن للمرؤوسين دور كبير في نجاح عمل القائد.

❖ لم يحدد دعاة هذه النظرية الأهمية النسبية للسمات المختلفة في التأثير على فعالية القائد حيث أثبتت الدراسات أنه من النادر جداً إيجاد تشابه تام بين أي قائدين .

- من الصعوبة تعميم نتائج هذه النظرية بشكل علمي ثابت .

ثانياً: نظريات سلوك القائد leader – behavior theories :

ركزت دراسات هذه النظرية على تحليل سلوك القائد من خلال قيامه بواجباته الإدارية وتقسّم هذه الدراسات إلى نوعين أساسيين :

الأول / ركز على مستوى الإدارة العليا (الإدارة العليا والمنظمة).

الثاني / بين الإدارة العليا والمنظمة ككل وبين البيئة الخارجية.

ومن النظريات التي تبلورت عن دراسات سلوك القائد ما يلي :

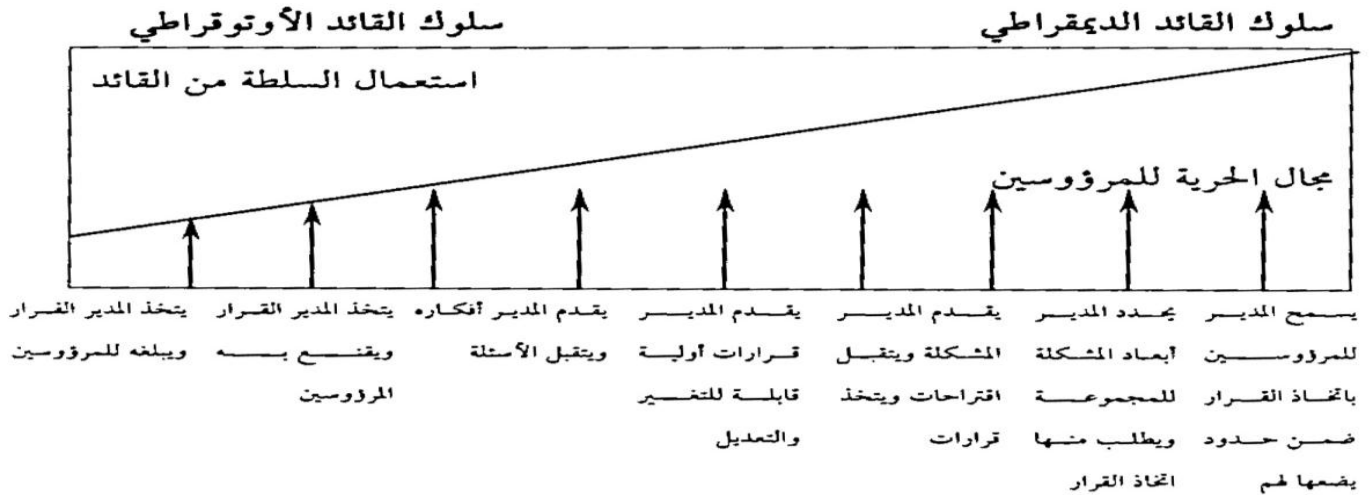
(أ) نظرية الخط المستمر في القيادة a continuum of leadership :

حدد تاننوم وشميدت العلاقة بين القائد ومرؤوسيه على أساس خط متصل يبين نهاية الطرف الأيسر سلوك القائد المركزي الأوتوقراطي بينما يبين نهاية الطرف الآخر سلوك القائد الديمقراطي وهناك أساليب مختلفة للقيادة تقع بين نهايتي الخط المذكور ويحدد هذه الأساليب مدى الحرية التي يرغب القائد في تركها لمرؤوسيه في اتخاذ القرارات .

أنماط سلوك القائد ص ٢٨١ شكل رقم ٢٨

الشكل رقم (28)

أنماط سلوك القائد



ب) نظرية ليكرت في القيادة likert theory :

استطاع ليكرت وزملائه من تحديد مميزات القيادة عن طريق مقارنة سلوك المشرفين في المجموعات العمالية ذات الإنتاجية العالية والمجموعات ذات الإنتاجية المنخفضة فوجد أن المشرفين في المجموعات الإنتاجية العالية تميزوا بما يلي :

- ١- مشاركة محدودة في التنفيذ الفعلي للعمل .
 - ٢- اهتمام أكثر بالأفراد والتعامل معهم بطرق غير رسمية .
 - ٣- السماح بحرية أكبر للمرؤوسين في اتخاذ القرارات وطرق العمل المناسبة .
 - ٤- إشراف أقل على المرؤوسين مقارنة بالمشرفين في المجموعات منخفضة الإنتاجية .
- استنتج ليكرت بشكل عام أن القيادة الديمقراطية تعطي نتائج أفضل من القيادة الأوتوقراطية واستطاع ليكرت التمييز بين أربعة أنظمة للقيادة وهي :

١- النظام التسلطي الاستغلالي exploitative authoritative :

مركزيون بدرجة عالية وثقتهم بمرؤوسيههم قليلة ويحفزونهم عن طريق الخوف والإكراه .

٢- النظام المركزي النفعي benevolent authoritative :

يشبه النظام السابق إلا أنه أقل مركزية ويسمح القائد في بعض الأحيان للمرؤوسين بالمشاركة في اتخاذ القرارات ولكنه تحت رقابته .

٣- النظام الاستشاري consultative :

يتميز القادة بتوفر الثقة في المرؤوسين ويستفيدون من أفكار مرؤوسيههم وآرائهم .

٤- النظام الجماعي المشارك participative – group :

ثقة القائد في المرؤوسين مطلقة والاستفادة من الأفكار والتبادل المستمر للمعلومات بين القائد ومرؤوسيه .

— أفضل نظام في نظر ليكرت هو : النظام الجماعي المشارك .

— وجد أن المديرين الذين يستخدمون النظام الثالث والرابع تكون إنتاجية مجموعاتهم مرتفعة .

ج) نظرية البعدين the two dimensional theory :

— يطلق عليها أيضاً اسم (دراسات جامعة أوهايو في القيادة) حيث تمكن الباحثين من تلك الجامعة بعد إجراء الأبحاث المكثفة في موضوع القيادة من تحديد بعدين لسلوك القيادة هما :

أ- المبادرة لتحديد العمل وتنظيمه initiating structure .

ب- تفهم واعتبار مشاعر الآخرين considerations .

— وجدت الأبحاث أن القائد الذي يملك درجة عالية من بعد ((المبادرة وتحديد العمل وتنظيمه)) يميل للتدخل في تخطيط الأنشطة المختلفة لمروؤسيه و يحدد أدواره في إنجاز الأهداف ويؤسس قنوات اتصال واضحة بينه وبين مروؤسيه , يقوم بتوزيع العمل والرقابة عليهم .

— بينما القائد الذي عنده درجة عالية من بعد ((تفهم واعتبار مشاريع الآخرين)) يميل لأن ينمي جواً من الصداقة والثقة بينه وبين مروؤسيه كما أنه يحترم أفكارهم ومشاعرهم .

— أثبتت الدراسة بأن سلوك القائد يمكن أن يجمع بين البعدين بدرجات متفاوتة في آن واحد لذلك لا تدعم هذه الدراسات الفرضية القائلة بأن القائد يظهر سلوكاً واحداً لبعده واحد فقط في كل مرة يمارس عملية القيادة .

د- نظرية الشبكة الإدارية **the managerial grid theory** :

من أكثر نظريات القيادة المعروفة والتي طورها بليك وماتون واستطاعا تحديد أسلوبين لسلوك القائد وهما :

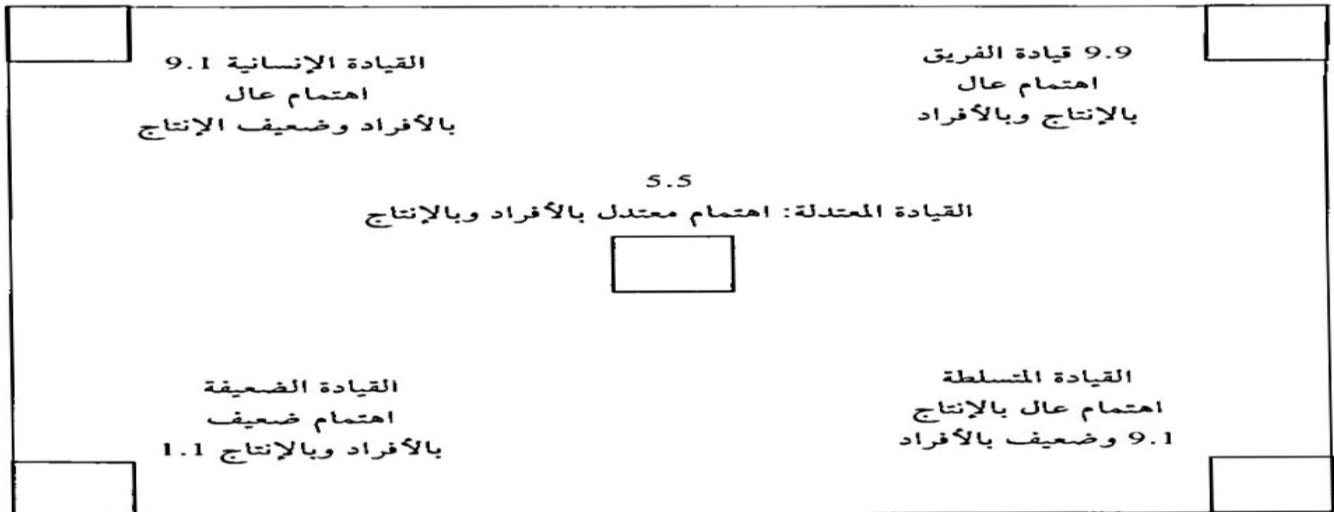
١- الاهتمام بالأفراد **concern for people** .

٢- الاهتمام بالإنتاج **concern for production** .

قاما الباحثان بتوضيح هذين الأسلوبين على صورة شبكة ذات محورين يظهر عليها أساليب القيادة المختلفة :

الشكل رق (29)

نظرية الشبكة الإدارية



— أشار الباحثان إلى أن أفضل أسلوب لتحقيق نتائج ممتازة في المنشأة هو أسلوب (٩.٩)

— أشار ليكرت إلى أن أنجح قائد هو الذي يركز على الأفراد بينما نجد في نظرية الشبكة الإدارية أسلوب (٩.٩) هو أفضل الأساليب .

ثالثاً: النظرية الظرفية (الموقفية) **situational theory**:

— فعالية القائد تتأثر بأسلوبه وشخصيته وبشخصية الجماعة والموقف أو الحالة .

— الموقف له أهمية كبيرة لأنه يؤثر على مدى قدرات القائد في إنجاز ما هو مطلوب منه .

- للتعرف على الشخص المناسب وفقاً لهذه النظرية يتم وضع الشخص في موقف معين وتترك له حرية التصرف ويتم بعد ذلك دراسة تصرفه وصلاحياته للقيادة .

<< أهم النظريات الظرفية هي التي وضعها فيدلر ومنها :

(أ) النظرية الظرفية لفيدر fielder contingency theory :

- تشير إلى أنه ليس هناك أسلوب واحد في القيادة يصلح لكل زمان ومكان كما أنه ليس هناك صفات معينة يجب توافرها في كل قائد . وليس هناك قائد يمكن وصفه بأنه ناجح أو فاشل في كل الأوقات .
- أشار فيدلر بأن فعالية القيادة أو إنجاز المجموعة يعتمد على التوافق الصحيح والسليم بين شخصية القائد وثلاثة متغيرات في الموقف هي :

١- العلاقة بين القائد ومرؤوسيه ومدى قبولهم له (أقوى المتغيرات بنظر فيدلر) .

٢- مدى وضوح مهام العمل وواجبات المرؤوسين.

٣- درجة القوة في مركز القائد :

يشير إلى درجة التأثير التي يتضمنها مركز القائد من ناحية العقاب والثواب للمرؤوسين والسلطة الرسمية للقائد ومدى دعم رؤسائه له بشكل عام .

- جوهر نظرية فيدلر أن القائد المهتم بمهام العمل والذي ينزع إلى المركزية والتسلط يكون فعالاً في تحقيق إنتاجية عالية لمرؤوسيه في الحالات المتطرفة (السهلة جداً أو الصعبة جداً) لخصائص الموقف . بينما القائد الذي يهتم بالعلاقات والنواحي الإنسانية فإنه يحقق إنتاجية عالية لمرؤوسيه في الحالات التي يتميز بها الموقف بالاعتدال (متوسط الصعوبة) .

- أشار فيدلر بشكل أساسي في نظريته إلى ضرورة الانتباه إلى أنه ليس هناك أسلوب قيادي واحد ناجح في المواقف وإذا أردنا ضمان نجاح فعالية القيادة في كل المواقف فعلى القائد أن يكون مرناً في استخدامه لأساليب القيادة المختلفة .

(ب) نظرية المسار - الهدف path - goal theory :

- طورت من قبل روبرت هاوس كإحدى النظريات الظرفية في القيادة .

- الأسلوب القيادي الناجح في تحقيق الأهداف هو الذي يقوم بتوضيح المسار للمرؤوس والذي من خلاله يستطيع تحقيق الهدف المطلوب منه.

- تحدد هذه النظرية أربعة أنواع من السلوك القيادي هي :

١- السلوك التوجيهي ((الأمر)) directive :يقوم بإبلاغ المرؤوس عما يجب عمله وكيف يقوم به ومتى .

٢- السلوك المؤازر supportive: يظهر القائد صداقته لمرؤوسيه واهتمامه بهم وعطفه عليهم .

٣- السلوك المشارك participate : يشارك القائد مرؤوسيه باتخاذ القرارات وتقبل اقتراحاتهم لهذه القرارات.

٤- السلوك الإنجازي achievement oriented:يقوم القائد بتحديد أهداف مثيرة تشكل تحدي لقدرات المرؤوس ويظهر مدى ثقته بالمرؤوسين في تحقيق هذه الأهداف .

- يستطيع القائد استخدام جميع أنماط السلوك السابقة لكن في مواقف وظروف مختلفة فمثلاً يستطيع استخدام السلوك التوجيهي في حالة الموقف الجديد فيما يستخدم السلوك المؤازر للموظف القديم

استنتاج من جميع نظريات القيادة السابقة :

- ليس هناك طريقة مثلى محددة وواضحة لقيادة الأفراد .

- في الحياة العملية نادراً ما نجد قادة ديموقراطيين أو أوتوقراطيين ١٠٠٪

- عملية القيادة عملية معقدة نظراً لتشابك العوامل والمتغيرات التي تؤثر فيها حيث نجد أن الخبرة السابقة للقائد والمناخ السائد أو الظروف السائدة وشخصية القائد هي من العوامل الرئيسية التي تؤثر على سلوك القيادة .

- على القائد أن يأخذ بالاعتبار عدداً من العوامل والمتغيرات التنظيمية والبيئية .

- القائد الفعال هو الذي يستطيع التأثير على مرؤوسيه بشكل يزيد من إنتاجيتهم ويرفع من الروح المعنوية للجماعة ويقلل من معدل دوران العمل والغياب والحوادث في المنظمة .

المدير كقائد للمنظمة الصحية :

هناك جملة من القضايا المهمة التي تحتاج إلى قيادة فاعلة على مستوى المنظمة الصحية :

١- تحديد أولويات المنظمة وخلق إجماع المشاركين على هذه الأولويات .

٢- حشد الدعم المطلوب لأهداف وغايات المنظمة من الداخل ومن البيئة الخارجية .

٣- تحديد الأدوار والمسؤوليات فيما يتعلق بتوجه المنظمة والأداء التنظيمي .

٤- اختيار مزيج الخدمات الصحية المناسبة التي ستقدمها المنظمة وتحديد سوقها المستهدف .

٥- القيام بمهام التخطيط الاستراتيجي للمنظمة واختيار الاستراتيجيات المناسبة .

لخص شورتك وكالوزني هذه القضايا الرئيسية بثلاثة مجموعات :

١- قضايا أخلاقية وفلسفية :

تتعلق بنظام القيم والمبادئ والتي تحدد فلسفة ورسالة المنظمة الصحية وتحدث التوافق والانسجام بين الأهداف والغايات والمصالح المشروعة للأطراف المختلفة داخل وخارج المنظمة .

٢) قضايا رمزية مثالية :

تتعلق بدور الإدارة العليا كقيادة تمثل الرمز والقدوة والثقة والمسؤولية بما يضمن الشرعية والمصداقية والأهلية على مساعي وجهود المنظمة لكسب الدعم والتأييد المطلوب من الداخل والخارج بما يحقق الاستقرار للمنظمة والضبط والرقابة الذاتية .

٣) قضايا تتعلق بالقدرة على رؤية واستطلاع المستقبل وأخذ المبادرة للتعامل مع المشاكل قبل وقوعها :

هذا يتعلق بالحاجة إلى التخطيط الاستراتيجي لضمان استمرار ونمو المنظمة.

خصائص القيادة الناجحة :

أ) الوعي awareness :

وعي القائد لمدى تأثيره على مرؤوسيه والأسلوب الأفضل لممارسة مثل هذا التأثير كما يتضمن وعي القائد للعوامل والمتغيرات التي تزيد من فعاليته وهذا يتضمن الإلمام بالنظريات والأبحاث المتعلقة بالقيادة ونظريات الحفز والاتصال وتطبيقها .

ب) الإحساس والتعاطف empathy :

القدرة على فهم ومعرفة حاجات ورغبات وشعور الآخرين مما يؤدي إلى فهم المشيرات والسلوك الصحيح الذي يؤدي إلى التعامل معها ومعرفة دور الآخرين تجاهها وبالتالي فعالية أكثر وإنتاج أفضل .

ج) الثقة confidence :

ثقة القائد بنفسه وبقدراته وقدرات مرؤوسيه تؤثر تأثيراً إيجابياً على فعالية القيادة فنقص الثقة يؤدي إلى صعوبة تشخيص المشكلة بشكل جيد كما تؤثر على قناعته بعدم قدرة مرؤوسيه على تنفيذ الأعمال مما يؤدي إلى الإشراف المباشر والدقيق وبالتالي تعطيل الأعمال وتأخيرها كما يؤدي إلى اتخاذ قرارات غير كاملة أو متأخرة ويترتب على ذلك آثار سيئة بالنسبة للمنظمة .

د) القدرة على الاتصال ability of communication :

أي قدرة القائد على توضيح وإيصال ما يريده لمرؤوسيه وخاصة فيما يتعلق بالأهداف وتوقعات المرؤوسين فالقائد الذي يفضل في مخاطبة مرؤوسيه والتحدث إليهم وتوضيح ما يريده منهم يفضل في التأثير عليهم .

الخلاصة ص ٢٩٢ للاطلاع

الفصل العاشر

الخلاصة:

تحتاج المنظمات إلى القادة الإداريين القادرين على التأثير على مرؤوسيه واستغلال طاقتهم وقدراتهم، كما تحتاج وبشكل أكبر إلى قادة استراتيجيين مخططين ومتخذي قرار لقيادة منظماتهم إلى المستقبل وللتأثير على البيئة الخارجية والإحداث فيها لمصلحة منظماتهم وأن غياب مثل هؤلاء القادة يؤدي إلى فشل المنظمات في تحقيق أهدافها. وقد تم في هذا الفصل استعراض أنواع القوى التي يمتلكها القادة ويؤثرون بها على مرؤوسيه، وأساليب القيادة المختلفة التي يتصف بها القادة كما استعرضنا من ناحية تاريخية تطور النظريات القيادية المختلفة التي تحاول تفسير فعالية القيادة في أي تجمع بشري. ففي حين ربطت نظرية السمات ما بين الصفات الشخصية وفعالية القيادة، ركزت نظريات السلوكيين على تحليل سلوك القائد أثناء ممارسة عملية القيادة بتحديد الأبعاد المؤثرة على نجاح تلك العملية ومن خلال ذلك استعرضنا معظم النظريات التي تركز على سلوك القائد وأخيراً بينا أن أسلوب القيادة الأمثل يجب أن يأخذ بالاعتبار سلوك الجماعة وشخصية القائد والموقف أو الحالة موضوع عملية القيادة.

وبشكل عام تبين أن هناك صفات رئيسة مثل الوعي والإحساس والتعاطف والثقة والقدرة على الاتصال يجب أن يتحلى بها أي قائد يريد زيادة فعاليته وضمان نجاحه في قيادة الآخرين وقيادة منظمته إلى النجاح.

- أجب بصح أو خطأ:

- ١- تأثير القائد الديموقراطي على سلوك الأفراد محدود (ص) (خ).
- ٢- نظرية الرجل العظيم تقوم على أساس أن بعض الأفراد يصبحون قادة لأنهم ولدوا وهم يحملون صفات القيادة (ص) (خ).
- ٣- أثبتت الدراسات أن للمرؤوسين دور كبير في نجاح عمل القائد (ص) (خ).
- ٤- إشراف المشرفين في المجموعات الإنتاجية العالية على المرؤوسين أعلى مقارنةً بالمشرفين في المجموعات منخفضة الإنتاجية وفقاً لليكرت وزملائه (ص) (خ).
- ٥- اهتمام المشرفين في المجموعات الإنتاجية العالية بالمرؤوسين أكثر والتعامل معهم بطرق غير رسمية (ص) (خ).
- ٦- استنتج ليكرت بشكل عام أن القيادة الأوتوقراطية تعطي نتائج أفضل من القيادة الديموقراطية (ص) (خ).
- ٧- وجدت الأبحاث أن القائد الذي يملك درجة عالية من بعد ((المبادرة وتحديد العمل وتنظيمه) يميل لعدم التدخل في تخطيط الأنشطة المختلفة لمرؤوسيه (ص) (خ).
- ٨- وجدت أبحاث أوهايو أن القائد الذي يملك درجة عالية من بعد ((المبادرة وتحديد العمل وتنظيمه) يميل لأن ينمي جواً من الصداقة والثقة بينه وبين مرؤوسيه كما أنه يحترم أفكارهم ومشاعرهم (ص) (خ).
- ٩- تشير نظرية الشبكة الإدارية إلى أن أفضل أسلوب لتحقيق نتائج ممتازة في المنشأة هو أسلوب (٥.٥) (ص) (خ).
- ١٠- للتعرف على الشخص المناسب وفقاً للنظرية الظرفية يتم وضع الشخص في موقف معين وتترك له حرية التصرف ويتم بعد ذلك دراسة تصرفه وصلاحياته للقيادة (ص) (خ).
- ١١- طورت نظرية المسار - الهدف من قبل روبرت هاوس كإحدى نظريات سلوك القائد (ص) (خ).
- ١٢- يشارك القائد مرؤوسيه باتخاذ القرارات وتقبل اقتراحاتهم لهذه القرارات وفقاً لسلوك القيادي المؤازر (ص) (خ).
- ١٣- ليس هناك طريقة مثلى محددة وواضحة لقيادة الأفراد (ص) (خ).
- ١٤- القائد الفعال هو الذي يستطيع التأثير على مرؤوسيه بشكل يزيد من إنتاجيتهم ويرفع من الروح المعنوية للجماعة ويقلل من معدل دوران العمل والغياب والحوادث في المنظمة (ص) (خ).

- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :

- ١- مرتبطة بالشخص نفسه وليس بالمنصب ومن مظاهرها: ((قوة التأثير / القوة الفنية / قوة الإعجاب / جميع ماسبق)).
- ٢- مصدر هذه القوة الخبرة أو المهارة أو المعرفة التي يمتلكها الفرد ويتميز بها عن غيره من الأفراد: ((قوة التأثير / القوة الفنية / قوة الإعجاب / جميع ماسبق)).
- ٣- يتميز بمركزية السلطة: ((القائد الدكتاتوري / القائد الأوتوقراطي / القائد الديموقراطي / أ+ب / جميع ماسبق)).
- ٤- يجب استعمال هذا الأسلوب بشكل أوسع مستقبلاً وذلك لسرعة التغيير في المنظمات والتدفق المستمر للمعلومات والأفكار الجديدة: ((القيادة الدكتاتورية / القيادة الأوتوقراطية / القيادة الديموقراطية / أ+ب / قيادة عدم التدخل)).
- ٥- وجد ليكرت أن المديرين الذين يستخدمون نظام القيادة: ((النظام التسلسلي الاستغلالي / النظام المركزي النفعي / النظام الاستشاري / النظام الجماعي المشارك / أ+ب / ج+د)).

٦- يطلق عليها أيضا اسم (دراسات جامعة أوهايو في القيادة): ((نظرية الشبكة الإدارية / نظرية البعدين / نظرية ليكرت في القيادة)) .

٧- أشار ليكرت إلى أن أنجح قائد هو الذي يركز على الأفراد بينما نجد في نظرية الشبكة الإدارية أسلوب: ((٩.٩ / ٥.٥ / ١.٩ / ٩.١)) هو أفضل الأساليب .

٨ القائد الذي يهتم بالعلاقات والنواحي الإنسانية وفقاً لفيدلر يحقق إنتاجية عالية لمرؤوسيه في الحالات التي يتميز بها الموقف: ((السهلة جدا / متوسطة الصعوبة / صعبة جدا / أ+ب)) .

٩- سلوك قيادي يستخدمه القائد مع الموظف القديم: ((الأمر / التوجيهي / المؤازر / المشارك / الإنجازي)) .

- أكمل الفراغ فيما يلي :

- ١- هو النمط السلوكي الذي يتبعه القائد لضمان التكامل بين حاجات مرؤوسيه وحاجات التنظيم
- ٢- جوهر القيادة هو والعامل أساسي في نجاح القيادة هو
- ٣- عندما يتعامل القائد مع أفراد ذوي مستويات عقلية وعلمية عالية كما في مؤسسات الأبحاث والدراسات ومنظمات الرعاية الصحية يفضل أسلوب..... من أساليب القيادة.
- ٤- ركزت دراسات هذه النظرية على تحليل سلوك القائد من خلال قيامه بواجباته الإدارية
- ٥- استطاع ليكرت وزملائه من تحديد مميزات القيادة عن طريق:
- ٦- وفقاً لليكرت هناك أربعة أنظمة للقيادة : ١-..... ٢-..... ٣-..... ٤-.....
- ٧- أفضل نظام قيادة في نظر ليكرت هو :
- ٨- تمكن الباحثين من جامعة أوهايو بعد إجراء الأبحاث المكثفة في موضوع القيادة من تحديد بعدين لسلوك القيادة هما: ١-..... ٢-.....
- ٩- نظرية الشبكة الإدارية من أكثر نظريات القيادة المعروفة والتي طورها واستطاعا تحديد أسلوبين لسلوك القائد وهما: ١-..... ٢-.....
- ١٠- أقوى متغيرات الموقف وفقاً للنظرية الظرفية لفيدلر هو
- ١١- إذا أردنا ضمان نجاح فعالية القيادة في كل المواقف وفقاً لفيدلر فعلى القائد أن يكون.....
- ١٢- تحدد نظرية المسار - الهدف أربعة أنواع من السلوك القيادي هي : ١-..... ٢-..... ٣-..... ٤-.....
- ١٣- الأسلوب القيادي الناجح في تحقيق الأهداف وفقاً لروبرت هاوس هو الذي يقوم ب.....
- ١٤- سلوك قيادي يستخدمه القائد في حالة الموقف الجديد
- ١٥- وعي القائد للعوامل والمتغيرات التي تزيد من فعاليته يتضمن

- أجب عن الأسئلة التالية :

- ١- اذكر تعريف د. فريد نصيرات للقيادة ؟
- ٢- تحدد نظرية المسار - الهدف أربعة أنواع من السلوك القيادي عددها.
- ٣- عدد بعض العوامل الرئيسية التي تؤثر على سلوك القيادة.
- ٤- هناك جملة من القضايا المهمة التي تحتاج إلى قيادة فاعلة على مستوى المنظمة الصحية عدد هذه القضايا.
- ٥- ما هي سلبيات نقص ثقة القائد بقدرات مرؤوسيه ؟
- ٦- اذكر ٤ من خصائص القيادة الناجحة.

الفصل الحادي عشر

الاتصال في المنظمات الصحية

- توصيل المعلومات هو الجوهر والأساس في كل التنظيمات .
- ترتبط فعالية الإدارة بشكل مباشر بالنجاح الذي تستطيع به الإدارة إجراء الاتصال .
- الاتصالات عملية لا تقتصر فقط على إرسال واستقبال المعلومات بل المواقف والشعور كذلك .

الاتصالات في المنظمة الصحية :

تعني فقط إرسال واستقبال المعلومات أو المعرفة التي تساعد المنظمة على الوصول إلى أهدافها فقط بأي نوع آخر من الاتصالات في المنظمة سوف يكون غير فعال .

أسباب ضعف الاتصالات في المنظمات الصحية :

تتلخص فيما يلي :

- 1- عدم ملاءمة وضعف مهارات ومواقف المرسلين والمستقبلين للمعلومات .
- 2- عدم وجود وسائل لتقويم نتائج الاتصالات وتحسينها .
- 3- سوء فهم وتحريف المعلومات المرسله والمستقبله بسبب العلاقات والعوامل الإنسانية .
- 4- كبر حجم التنظيم <<< كلما كان التنظيم أكبر كلما كانت عملية الاتصالات صعبه وأصبح من الضروري الاعتماد بشكل أكبر على وسائل الإعلام الجماهيري والتي هي أقل كفاءة من الاتصالات وجها لوجه .

مبادئ عامة في الاتصالات :

- 1- الاتصالات ليست عبارة عن أداة فقط أو ناحية مساعدة في التنظيم . فهي جوهر أي نشاط منظم والعملية الأساسية التي تنبثق عنها كافة الأعمال الأخرى .
- 2- إن الاختلاف الكبير في نوعية ونتيجة الاتصالات يحتم إخضاعها لعملية الضبط الإداري والرقابة ((أي إخضاعها للمبادئ المعروفة من تحليل وتخطيط وتنسيق وتقييم)) .
- 3- يجب النظر إلى الاتصالات والتفكير بها على أساس أنها توجيهية سواء الاتصالات الصاعدة أو النازلة أو الأفقية عند صدورها من المرسل ((كل اتجاه لهذه الاتصالات يفرض مشاكل فنية ونفسية مختلفة لا بد من حلها لإنجاح الاتصالات)) .
- 4- الاتصالات غير الفعالة في التنظيم يمكن أن تعني ضياع في الوقت والموارد وبالتالي يمكن أن ينتج عنها انخفاض في الإنتاجية وارتفاع في التكاليف .
- 5- يمكن تحسين الاتصالات عن طريق تعليم المبادئ العامة والمهارات المختلفة في الاتصالات .
- 6- لا تقتصر الاتصالات على الاتصالات الشفهية والكتابية بل يمكن أن تتم بطرق مختلفة غير شفوية ((إشارات - تلميح - تعابير وجه - حركات الجسم - نغمة الصوت - اللباس - الأفعال)) .
- 7- الفرد بشكل عام يستمع ويقدر ويلاحظ ثم يختار ويفهم تلك الأجزاء من الرسالة التي ترتبط بمصالحه واهتمامه ورغباته

٨- المرء لا يمكن أن يفضل في الاتصالات . الصمت قد يعني الاتصال لهذا الخيار ليس بين أن نتصل أو لا نتصل ولكن بين الاتصال بفعالية أو عدم فعالية , المساهمة أو عدم المساهمة في تحقيق أهداف التنظيم .

٩- لكل اتصال محتوى لفظي .

١٠- كلما كانت الرسالة مهمة كلما تكرر إرسالها ولكن بواسطة وسائل مختلفة وأوقات مختلفة وفي نصوص وأشكال مختلفة . فالكثير من الناس لا يلتقطون الرسالة أو لا يفهمونها من المرة الأولى

١١- لا بد أن يتضمن الاتصال وسيلة للتغذية الراجعة , طريقة للمرسل يتمكن فيها من ملاحظة نتيجة رسالته على سلوك مستلم الرسالة , بدون التغذية الراجعة لا يستطيع المرسل معرفة فيما إذا كان اتصاله فعالاً أم لا .

- قد تكون التغذية الراجعة فورية كما في المحادثة بين شخصين وقد تكون متأخرة كما في الدراسات والمسوحات الخاصة بالتعرف على آراء ومواقف العاملين .

- الاتصالات التي تحتاج لشكل ما من التغذية الراجعة تسمى الاتصالات ذات الطريقتين ((الاتجاهين)) two -ways

١٢- الاتصالات الفعالة تتطلب خبرة ومهارة واستعمالاً فعالاً للوسائل المختلفة للاتصالات فإن العقبة العامة للاتصالات تكمن في العلاقات الإنسانية داخل المنظمة .

١٣- ضرورة توفر مقياس لتقويم الاتصالات عند وضع أي برنامج لتحسين الاتصالات وإنجاحها .

١٤- الاتصال لا يحدث بمجرد إرسال الرسالة , فلا بد من استلامها وقراءتها وفهمها واتخاذ الإجراء المناسب عليها إذا تطلب الأمر ذلك .

١٥- عدم التفكير فقط في حل مشاكل الاتصالات لنفسها ((مثل مشاكل الاجتماعات , المقترحات ...)) بل كذلك في حل المشاكل التنظيمية المحددة عن طريق تطبيق أساليب محددة للاتصالات

الحاجة إلى تحسين الاتصالات :

من أسباب ضرورة تحسين الاتصالات هو أن الأفكار والمعدات والإجراءات تتغير اليوم بسرعة أكبر من أي وقت مضى مما يستوجب فهم كيفية توصيل هذه التغيرات وبسرعة لبعضهم البعض .

- الاتصالات ترتبط بالاستعمال الفعال للموارد البشرية وبشكل نهائي بتكلفة إدارة المنظمة الصحية أو أي منظمة أخرى .

- الاتصالات الأكثر فعالية يمكنها أن تنجز العمل بشكل أقل وتحل المشاكل بكفاءة أكبر وهكذا تؤثر على خدمات الرعاية الصحية وإنتاجية العاملين وتكاليف التشغيل .

تحسين الاتصالات من أعلى إلى أسفل

- الاتصالات تفشل أو تعرقل بشكل أكبر في المنظمات الكبيرة كلما ابتعدنا عن مصدر الرسالة .

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

١- إبلاغ المرؤوسين عن مسؤوليات أعمالهم ودورهم في التنظيم .

٢- الحصول التعاون الكامل من مرؤوسيه .

- لتحقيق هذين الهدفين لابد للمدراء من تطوير وعي مستمر عن أهمية الاتصالات مع كافة مستويات الإدارة والإشراف وأن يكونوا على حذر دائماً وعلى كل المستويات من وجود مشاكل محددة للاتصالات تؤثر على أداء التنظيم وإنجازه .

مثال // تبليغ معلومات عن دوران العمل إلى أسفل في حالة عدم التبليغ لا يتوقع من المشرفين القيام بمسؤولياتهم الكاملة لاستقرار العاملين في أقسامهم.

صعوبات الاتصال إلى أسفل

- الاتصالات النازلة هي الأكثر شيوعاً في أي تنظيم فهي غالباً الأصعب بسبب الخلاف الأساسي الذي ينتج غالباً عن علاقات الرئيس والمرؤوس لاختلاف الآراء والتوقعات والمصالح وهناك مشاكل أخرى تصعب من الاتصال النازل وتعود للمدراء وهي :

- 1- ضعف مهارة المدير في اختيار الوسيلة المناسبة واستخدامها .
 - 2- شعور المدير بعدم حاجة أو أحقية المرؤوس بمعرفة بعض المعلومات .
 - 3- افتراض المدير أن الرسالة المرسله هي رساله مستلمه دون الاهتمام أو التأكد من فهمها كما أرادها مرسلها .
- وهناك مشاكل أخرى تعود للمرؤوسين وتعيق الاتصال النازل :

- 1- الفشل في فهم المعنى المقصود .
 - 2- شعوره في الحاجة أو الحق في معرفة المعلومات التي حجت عنه .
 - 3- عدم الثقة بدوافع الرئيس في إعطاء المعلومات أو طلب التعاون .
 - 4- الاغتيال من النقد .
 - 5- مقاومة أي تغيير في عادات عمله أو نمط تفكيره .
- بعض المتطلبات الدنيا للاتصالات النازلة: ((للاتصال بفعالية)) :

- 1- وعي المرسل وإدراكه لصفات وخصائص كل وسائل الاتصال إلى أسفل الموجودة لديه .
 - 2- يجب أن تحتوي الاتصالات النازلة على مضمون ولغة ترضي الطرفين ((الرئيس والمرؤوس)).
 - 3- إعطاء الأسباب لأية تغييرات يراد إدخالها.
 - 4- تقويم دقة الاتصالات النازلة من خلال التغذية الراجعة لضمان التحسين المستقبلي.
- ♦♦♦ الحصول على التغذية الراجعة يفيد في معرفة فعالية الاتصال والتغذية الراجعة هي : معرفة النتائج وإخبار المدير والمشرف بما يلي :

- 1- فهم المرؤوسين والرسالة واتخاذ الإجراء المناسب .
 - 2- ماذا يمكن للمرؤوسين أن يسهموا به في حل المشكلة .
 - 3- ما يمكن عمله للتوفيق بين حاجات الرئيس والمرؤوس والمنظمة .
- ♦♦♦ يمكن الحصول على التغذية الراجعة من خلال :
- التقارير (المكتوبة والشفوية) والمذكرات الصاعدة .
 - أنظمة الاقتراحات .
 - أساليب الشكاوى .
 - مقابلات ترك الخدمة .

- تقويم الأداء .

- مسوحات المواقف والآراء .

- الاجتماعات بأنواعها .

- المؤتمرات .

♦♦ من خلال التغذية الراجعة يمكن أن يكون التقويم أكثر واقعية وموضوعية ويمكن اكتشاف المشاكل بسهولة أكبر ودقة فالتغذية الراجعة تزود الأساس للتحليل والتخطيط والتقييم اللاحق لنتائج الاتصال وهي جزء أساسي في الممارسة الحديثة .

تحسين الاتصالات الصاعدة :

الاتصالات الصاعدة هي انتقال الرسالة إلى مستوى أعلى في التنظيم ((من المرؤوس للرئيس)) يمكن للمدراء والمشرفين معرفة ما يلي من معلومات عن المرؤوس ومواقفه :

- ما الذي تم إنجازه .

- ما هي المشاكل وفرص التحسين .

- ما هي الطلبات والأوامر والتعليمات التي يجب إرسالها لأسفل بهدف اتخاذ الإجراء الصحيح .

- كيف كانت فعالية الاتصالات النازلة ((قرئت ، فهمت ، اتخذ الإجراء اللازم)) وكيف يمكن تحسين الاتصالات النازلة .

- إن أهم شخص في الاتصالات الصاعدة وربما في الاتصالات كلها هو :

مشرف الخط الأول لأنه يمثل التنظيم لأكثر عدد من العاملين .

- يجب أن تسود الثقة والمحبة والاحترام بين الرئيس والمرؤوس لتكون الاتصالات الصاعدة فعالة

- مشاكل العلاقات الإنسانية غالباً ما تتدخل وتعرقل الاتصالات الصاعدة .

بعض الصعوبات في الاتصالات الصاعدة :

١- أن المدير أو المشرف يرى المرؤوس اللامع كتهديد لأمنه ولهذا يمتنع الرئيس عن إعطاء معلومات للمرؤوس تساعد على أن يبدو جيداً ويمكن يتقبل المعلومات منه بدون إعطاؤه أي تقدير ليتوقف المرؤوس عن الاتصال إلى أعلى ويصبح أقل إنتاجية وغير راضي .

٢- أن الرئيس لا يستمع ((وخصوصاً في المقابلة وجه لوجه)) لفعالية الاتصال الصاعد يجب أن يتكلم المرؤوس ويصغي الرئيس .

٣- أن المناخ العام للاتصال الصاعد ضعيف فبسبب الاختلاف في المركز والخلفية والتعليم فإن العلاقة بين الرئيس والمرؤوس يمكن أن تضعف وعليه قد لا يستطيع المرؤوس التعبير عن نفسه بنفس الدرجة لو كان هناك جوا من الاحترام المتبادل .

٤- المرؤوس يقاوم التغيير . تردد المرؤوس لتميرير وإعطاء الأفكار الجديدة أحياناً يوصف كمشكلة للاتصال الصاعد لأنه يخشى التغيير الذي قد تجلبه الفكرة على وضعه وعمله .

٥- المرؤوس تنقصه المهارات للاتصال حيث قد لا يعبر عن نفسه بشكل جيد وليس لديه الوسائل المساعدة للاتصال كما هو الحال بالنسبة للرئيس . وقد يتصل المرؤوس تحت ظروف أكثر صعوبة من رئيسه وطريقة عرضه للموضوع قد تقلل من القيمة الحقيقية لأفكاره ووجهة نظره .

٦- إهمال التنظيم للاتصالات الصاعدة بعد استلامها وعدم اتخاذ إجراء عليها وهذا ينتج عنه إحباط لدى المرؤوس

- فتح قنوات الاتصال الصاعدة :

الأخبار الجيدة تصل للإدارة بشكل أسهل بينما المشاكل تتحرك ببطء عبر القنوات الصاعدة وأحيان لا تصل إلا بعد ظهور الأزمة وتكون النتائج مكلفة .

ومن أساليب التغلب على مشاكل الاتصال الصاعد بين المرؤوسين والرئيس فقط تخطي المشرف المباشر للمستخدم باستعمال لجان ومجالس الموظفين كوسائل لإزالة العوائق أمام الرسائل الشرعية إلى الإدارة من المرؤوسين .

◆◆◆◆ تحسين الاتصالات ذات الاتجاهين :

وجود وسيط في الاتصالات الصاعدة أو النازلة ((اتصالاً ذا وجهين)) يسهل الاتصال في الاتجاه المعاكس ويضمن تغذية راجعة ذاتية ومعرفة أفضل لنتائج الرسالة الأصلية .

مثال يوضح كيفية الجمع بين الاتصالات النازلة والصاعدة لتوفير التغذية الراجعة :

مجلس المستخدمين ((نازلة من الإدارة للموظفين)) <<< مع مسح لمواقف الموظفين ((صاعدة من الموظفين إلى الإدارة)) سوف تزودنا برد فعل المستخدمين لما قيل في المجلة عن مسح المواقف (صاعد) يمكن عمله عندئذ بشكل أكثر فعالية من خلال نشر نتائج المسح في مجلة المستخدمين (نازلة ثانية) وهكذا فالنتيجة اتصال ذو اتجاهين وتحسين لفعالية الاتصالات .

◆◆◆ عند عدم توفر اتصالات ذات اتجاهين وعدم تشجيع الموظفين على الاتصال بحرية مع الإدارة يمكن توقع ما يلي :

١- سوء فهم أهداف التنظيم وسياساته .

٢- ضعف ولاء وانتماء العاملين للتنظيم وأهدافه .

٣- برامج تدريب مكثفة ومكلفة .

٤- سوء فهم مستمر بين المرؤوس والرئيس وبين الأقسام .

٥- تدمير لمركز الرئيس وقدرته على القيادة (فبدون الاتصالات ذات الاتجاهين يشعر مشرفو الخط الأول أنهم معزولون عن رؤسائهم ومرؤوسيتهم) .

٦- الهدوء أو الصمت في التنظيم يخلق عادة الشائعات والبلبلتة وحتى في غياب الشائعات فإن الموظفين يعطون معنى غير جيد للصمت .

٧- زيادة معدل الدوران وتغيب وعدم رضى عن العمل وغياب الفهم والتفهم المشترك بين الرؤساء والمرؤوسين .

- كثير من الاجتماعات في الأساس ذات اتجاه واحد للاتصال .

- برغم الانتقادات تعتبر الاجتماعات وجهاً لوجه وسيلة اتصال أفضل بكثير من الوسائل الكتابية بعدة طرق :

١- أكثر معنى من الاتصالات الكتابية لأن المشارك لا يرسل فقط الأفكار بل كذلك الشعور والمواقف حول أفكاره وحول التنظيم ومؤسساته ونفسه

٢- تستطيع الاجتماعات وبنجاح الكشف عن المشاكل الخفية للتنظيم بالتفهم الأفضل عن المرؤوسين وحاجاتهم للمعلومات ومشاكل الأعمال وكذلك المرؤوس يسهم بالأفكار ويحصل على التقدير الذي يستحقه .

٣- الاجتماع وجهاً لوجه يعطي فرصة للتواصل بفعالية لمعرفة المشارك بتأثير رسالته وتعديلها إذا احتاجت للتعديل والمحاولة مرة ثانية .

— لماذا تفضل الاجتماعات ؟

هناك ٥ أسباب رئيسية لضعف الاجتماعات وفشلها :

- ١- عدم تحديد أهداف الاجتماع والغرض منه والفشل في إبلاغ ذلك إلى المشاركين قبل موعد الاجتماع بوقت كاف.
- ٢- نظرة المدير إلى الاجتماع أنه فرصة له لطرح خططه وأفكاره وفرضها على المشاركين أكثر من كونه فرصة للتعرف على أفكار المشاركين ومناقشتها .
- ٣- عدم توفر معلومات كافية لدى المدير عن المشاركين في الاجتماعسبب مشاركتهم وحاجاتهم وماذا يتوقعون من الاجتماع وما يمكنهم المساهمة فيه وتقديمه في الاجتماع .
- ٤- نقص مهارات الاستماع لدى قائد الاجتماع .
- ٥- عدم الوعي لأهمية الاتصالات ذات الاتجاهين وللطرق الفعالة لتحقيقه .

أسئلة ونقاط مهمة تتعلق بالاجتماع :

(أ) قبل الاجتماع :

هناك أسئلة محددة يجب على المدير أو قائد الاجتماع أن يكون مستعداً للإجابة عليها بخصوص قيادته للاجتماع :

- ما هو الغرض من الاجتماع ؟ وهل تم توضيحه لمخطط الاجتماع ؟
- هل هو مستعد للنقاش ؟ هل خطة النقاش التي ينوي اتباعها مناسبة ؟
- هل قام بتحليل ودراسة المشاركين والتعرف على نقاط قوتهم أو ضعفهم ؟
- هل الوسائل المساعدة للاجتماع مناسبة ؟
- ما هي الأساليب التي يجب عليه اتباعها لضمان مشاركة فعالة من المشاركين ولتحقيق اتصالات ذات اتجاهين ؟
- هل تم التفكير بكافة التفاصيل والمتطلبات الخاصة بالاجتماع من البداية للنهاية ؟

(ب) خلال الاجتماع :

على المدير أن يكون متيقظاً ويبدل جهوده لملاحظة وتسجيل مجريات وسير الاجتماع والانتباه للنقاط التالية :

- هل النقاش مرتبط بالغرض من الاجتماع؟
- هل يسير النقاش بسهولة ويسر وانتظام؟
- ماهي الأمور التي تسير جيداً في الاجتماع؟ وماهي الأمور والنواحي الضعيفة في الاجتماع .
- ما هي ردود أفعال وشعور ومواقف الأعضاء؟؟ وما هو انطباع المدير عن مجريات الأمور في الاجتماع؟؟

(ج) بعد الاجتماع :

لا بد للمدير من تقييم نجاح الاجتماع والتعرف على نقاط الضعف لتحسين فعالية الاجتماعات اللاحقة ولا بد أن يجيب على الأسئلة التالية :

<< هل كان استعداد المشاركين للنقاش جيداً ؟ وهل كان مستعداً للنقاش ؟

<< هل تم حضور الأشخاص الضروريين ؟ أم كانت هنالك حاجة إلى دعوة أشخاص آخرين ؟؟

<< هل شعر المشاركون بحرية التعبير والمشاركة؟ وهل تمثل الاستجابات وردود الأفعال مواقف الفرد الشخصية في المجموعة؟

<< هل كان النقاش حراً من سيطرة المدير أو سيطرة الأعضاء الآخرين في المجموعة؟

<< هل كانت أسئلة المدير وتقديمه للمواضيع والنقاط واضحة ومحددة؟

<< هل كان هناك استعمال فعال للمساعدات البصرية في الاجتماع؟

<< هل تحقق الاتصال ذا الاتجاهين بشكل فعلي؟

<< هل كانت هناك نتائج الاجتماع تستحق وتبرر الوقت والجهد المصروف؟ كيف أستطيع معرفة ذلك؟؟

- أجب بصح أو خطأ:

- ١- ترتبط فعالية الإدارة بشكل غير مباشر بالنجاح الذي تستطيع به الإدارة إجراء الاتصال (ص) (خ).
- ٢- الاتصالات عملية تقتصر على إرسال واستقبال المعلومات (ص) (خ).
- ٣- الاتصالات في المنظمة الصحية تعني فقط إرسال واستقبال المعلومات أو المعرفة التي تساعد المنظمة على الوصول إلى أهدافها فقط (ص) (خ).
- ٤- وسائل الإعلام الجماهيري أعلى كفاءة من الاتصالات وجهاً لوجه (ص) (خ).
- ٥- الاتصالات عبارة عن أداة مساعدة في التنظيم (ص) (خ).
- ٦- الاختلاف الكبير في نوعية ونتيجة الاتصالات يحتم إخضاعها لعملية الضبط الإداري والرقابة (ص) (خ).
- ٧- يجب النظر إلى الاتصالات والتفكير بها على أساس أنها توجيهية (ص) (خ).
- ٨- تقتصر الاتصالات على الاتصالات الشفهية والكتابية (ص) (خ).
- ٩- المرء يمكن أن يفشل في الاتصالات (ص) (خ).
- ١٠- لكل اتصال محتوى لفظي حتى لو كان الاتصال ابتساماً أو نغمة صوت (ص) (خ).
- ١١- الكثير من الناس يلتقطون الرسالة ويفهمونها من المرة الأولى (ص) (خ).
- ١٢- لا بد أن يتضمن الاتصال وسيلة للتغذية الراجعة (ص) (خ).
- ١٣- الاتصال يحدث بمجرد إرسال الرسالة (ص) (خ).
- ١٤- الاتصالات لا ترتبط بشكل نهائي بتكلفة إدارة المنظمة الصحية (ص) (خ).
- ١٥- تؤثر الاتصالات على خدمات الرعاية الصحية وإنتاجية العاملين وتكاليف التشغيل (ص) (خ).
- ١٦- الاتصالات الصاعدة هي الأكثر شيوعاً في أي تنظيم فهي غالباً الأصعب بسبب الخلاف الأساسي الذي ينتج غالباً عن علاقات الرئيس والمرؤوس (ص) (خ).
- ١٧- من المشاكل التي تعود للمرؤوسين وتعيق الاتصال النازل مقاومة التغيير في العادات ونمط التفكير (ص) (خ).
- ١٨- لفعالية الاتصالات النازلة لابد من إعطاء الأسباب لأية تغييرات يراد إدخالها. (ص) (خ).
- ١٩- الاتصالات الأفقية هي انتقال الرسالة إلى مستوى أعلى في التنظيم (ص) (خ).
- ٢٠- تفيد الاتصالات الصاعدة في معرفة ما هي الطلبات والأوامر والتعليمات التي يجب إرسالها لأسفل بهدف اتخاذ الإجراء الصحيح (ص) (خ).
- ٢١- تفيد الاتصالات الصاعدة في معرفة فعالية الاتصالات النازلة (ص) (خ).
- ٢٢- لفعالية الاتصال الصاعد يجب أن يتكلم المرؤوس ويصغي الرئيس (ص) (خ).
- ٢٣- المشاكل تصل للإدارة بسرعة عبر القنوات الصاعدة (ص) (خ).

٢٤- من أساليب التغلب على مشاكل الاتصال الصاعد تخطي المشرف المباشر للمستخدم (ص) (خ).

٢٥- عدم توفر اتصالات ذات اتجاهين وعدم تشجيع الموظفين على الاتصال بحرية مع الإدارة يمكن أن يزيد معدل الدوران الوظيفي (ص) (خ).

٢٦- كثير من الاجتماعات في الأساس ذات اتجاهين للاتصال. (ص) (خ).

٢٧- تعتبر الاجتماعات وجهاً لوجه وسيلة اتصال أفضل بكثير من الوسائل الكتابية (ص) (خ).

٢٨- تستطيع الاجتماعات وبنجاح الكشف عن المشاكل الخفية للتنظيم (ص) (خ).

٢٩- الاجتماع وجهاً لوجه يعطي فرصة للتواصل بفعالية لمعرفة المشارك بتأثير رسالته وتعديلها إذا احتاجت للتعديل والمحاولة مرة ثانية (ص) (خ).

٣٠- من الأمور المهمة بعد الاجتماع تحقق الاتصال ذا الاتجاهين بشكل فعلي (ص) (خ).

- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :

١- من طرق الاتصالات : ((الاتصالات الشفهية / الاتصالات الكتابية / حركات الجسم / اللباس / تعابير وجه / أ+ب / جميع ما سبق)).

- أكمل الفراغ فيما يلي :

١- العملية الأساسية التي تنبثق عنها كافة الأعمال الأخرى

٢- اتجاهات الاتصالات الصادرة من المرسل : ١-.....٢-.....٣-.....

٣- يمكن تحسين الاتصالات عن طريق.....

٤- الاتصالات تفضل أو تعرقل بشكل أكبر في التنظيمات الكبيرة كلما ابتعدنا عن.....

٥- المدراء يمكن أن يكونوا أكثر كفاءة وفعالية في أعمالهم عندما يستخدموا الاتصالات النازلة لتحقيق هدفين : ١-.....

٢-.....

٦- يمكن الحصول على التغذية الراجعة للاتصال من خلال : ١-.....٢-.....٣-.....٤-.....

٥-.....٦-.....٧-.....

٧- إن أهم شخص في الاتصالات الصاعدة وربما في الاتصالات كلها هولأنه

٨- اكتب نوع الاتصال فيما يلي : مجلس المستخدمين ((.....)) <<< مع مسح لمواقف الموظفين

((.....)) سوف تزودنا برد فعل المستخدمين لما قيل في المجلة عن مسح المواقف

((.....)) يمكن عمله عندئذ بشكل أكثر فعالية من خلال نشر نتائج المسح في مجلة المستخدمين

((.....)).

- أجب عن الأسئلة التالية :

- ١- عدد أسباب ضعف الاتصالات في المنظمات الصحية .
- ٢- ما ذا يعني إخضاع الاتصالات لعملية الضبط الإداري والرقابة ؟
- ٣- ما هي الطريقة لمعرفة فعالية الاتصال ؟
- ٤- اذكر مثال للتغذية الراجعة الفورية في الاتصالات .
- ٥- المناخ العام للاتصال الصاعد ضعيف ناقش هذه العبارة .
- ٦- اذكر إحدى أساليب تخطي المشرف المباشر للمستخدم.
- ٧- ما هي الاتصالات ذات الوجهين ؟
- ٨- علل: عدم توفر اتصالات ذات اتجاهين يمكن أن يدمر مركز الرئيس وقدرته على القيادة.
- ٩- هناك ٥ أسباب رئيسية لضعف الاجتماعات عددها .

الفصل الثاني عشر

التغيير التنظيمي في المنظمة الصحية

- عند ممارسة المدير لعمليات الرقابة يتدخل بإدخال التغيير عند عدم مطابقتة النتائج الفعلية مع النتائج المرغوبة.

- التغيير في المنظمة الصحية ينصب إما على المدخلات المستعملة أو على عملية التحويل نفسها أو على المخرجات النهائية أو على كل ما ذكر أي أن التغيير في المنظمة إما ينص على الوسائل أو على الغايات أو على كليهما معا.

— أنواع التغيير : ٣ أنواع :

١- تغيير فني technical change :

تغيير ينص على الوسائل وليس الغايات ويختلف هذا التغيير في تكلفته وأثره على المنظمة .

مثال ١ :

قرار تغيير جهاز تصوير شعاعي بأخر ذو إنتاجية أعلى (يتضمن تكلفة قليلة وأثر قليل).

مثال ٢ :

قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسيل الكلى في المستشفى يتضمن كلفة عالية للمنظمة إضافة إلى تأثيره على الكثير من الأنشطة المختلفة حيث سيخلق طلبا على هذه الأنشطة كتنشيط التمريض والمختبر والأشعة والهندسة والصيانة وغيرها .

<<< القرارات كلاهما يمثل تغيير في الوسائل ولا يمثل تغييراً في الأهداف الأساسية للمستشفى .

٢- تغيير تعديلي adjustable change :

تغيير في الغايات وليس الوسائل حيث ينصب على أهداف المنظمة دون تغيير في الوسائل الجوهرية .

مثال :

قرار إنشاء برنامج للرعاية الصحية المنزلية home care لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة .

- قرار المستشفى بأن تصبح مركزاً للتعليم الطبي والصحي مثالين للتغيير التعديلي حيث أن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين (الوسائل) موجودة أصلاً لدى المنظمة وكل ما تم تغييره هو إعادة النظر في أهداف المنظمة وتركيزها وعلى ذلك فالقرار هنا هو استعمال التكنولوجيا الموجودة في المنظمة لتقديم خدمة لم تكن موجودة .

٣- التغيير التكيفي adaptive change :

- يتضمن تغييراً في كلا الوسائل والغايات معاً .

- لا يحدث بشكل متكرر وعندما يحدث فإنه يتضمن تعديل جوهري في توجه المنظمة (الغايات والأهداف) وبذلك ينطوي على تغييرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة .

مثال :

قرار المستشفى العام أو مستشفى المجتمع المحلي بتقديم خدمات صحية وقائية للمجتمع المحلي . فالمستشفيات عادة لا تقدم مثل هذه الخدمات فالقرار هنا يتضمن تعديل جوهري في أهداف المنظمة وينطوي على تغيير في الوسائل (لا بد من توظيف عناصر بشرية غير موجودة أصلاً أو إعادة تحديد أدوار ومهام ومسؤوليات العاملين فيها .

مصادر التغيير :

هناك ٣ مصادر للتغيير في المنظمات الصحية :

(١) **الابتداع (الإشياء) origination**: يشير مصدر التغيير هذا إلى ابتداع أو خلق حلول أصيلة للتعامل مع مشكلة تواجه المنظمة .

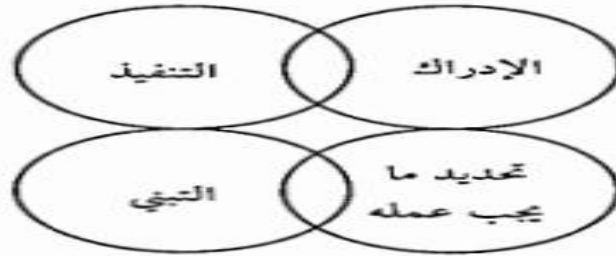
(٢) **التكيف**: يشير إلى تطبيق حلول تم تطويرها خارج المنظمة بعد تكييفها وتعديلها لحل مشكلة تواجه المنظمة .

(٣) **الاستعارة**: يشير هذا المصدر إلى تطبيق حل تم تطويره خارج المنظمة دون أن تعدل عليه أو بعد إجراء تعديل طفيف عليه .

يمكن النظر إلى التغيير كعملية تتضمن أربعة مراحل :

عملية التغيير << الإدراك >>> تحديد ما يجب عمله <<< التنفيذ >>>> التبنى .

الشكل رقم (31)
مراحل عملية التغيير



(١) **إدراك المشكلة أو الحاجة للتغيير recognition**:

- من قبل المشاركين في المنظمة والمتعاملين معها .

- الحاجة للتغيير هي الفجوة المدركة بين ما تعمله المنظمة حالياً و ما يتوجب عليها عمله .

- يتأثر إدراك المنظمة للحاجة للتغيير بما يمارس عليها من ضغوط خارجية وداخلية .

- المستوى العالي من التدريب للمهنيين يجعلهم على اطلاع على أحدث ما يستجد من معارف وتكنولوجيا وأساليب جديدة ويتوقعون توفيرها لهم في المنظمة وبذلك فإن توقعاتهم تعتبر عاملاً ضاعطاً على المنظمة لإدخال التغيير .

(٢) **تحديد ما يجب عمله :**

- يمكن أن يحدث على مستويات مختلفة في المنظمة .

- تتأثر هذه المرحلة عادة بخصائص الأفراد العاملين وخصائص المنظمة نفسها ومصادر التغيير الذي تلجأ إليه المنظمة والموارد المتاحة والمخصصة كل هذه مؤشرات تساعد على التنبؤ بالتغيير الذي سيحدث في المنظمة .

(٣) **تنفيذ التغيير المطلوب:**

وتتأثر هذه المرحلة بخصائص البناء التنظيمي للمنظمة وخصائص التغيير المقترح وخصائص الأفراد القائمين على التنفيذ مثل درجة التمايز الأفقي والعامودي في الأنشطة وما تخلقه من دوائر عديدة وتخصصات مختلفة وقضايا

الاتصال والتفاعل بين هذه الدوائر والاعتماد المتبادل لبعضها على بعض وآليات التنسيق وشح أو وفرة المواد كلها خصائص هامة في تحديد ما إذا كان البرنامج المقترح سيتحرك من المرحلة الثانية إلى مرحلة التنفيذ كما يؤثر على سهولة أو تعقيد العملية .

٤- قبول التغيير acceptance :

تنفيذ التغيير لا يعني القبول النهائي به من قبل الأفراد فحدوث التبني للتغيير يتوقف على خصائص التنظيم وعلى المراحل السابقة لعملية التغيير والخصائص الاجتماعية والشخصية لكل من له علاقة بالتغيير .

- يتضمن مفهوم التبني للتغيير درجات من التغيير في المواقف والسلوك يتراوح من الإذعان للتغيير كنقطة ابتدائية على الخط إلى احتضان التغيير كنقطة نهائية على الخط .

- يشير الإذعان إلى تغيير في سلوك الفرد دافعه الحصول على مكافأة أو تجنب عقاب مما يدفع الفرد إلى الإذعان والتقييد بالتغيير .

- ويحدث الاحتضان عندما يدرك الأفراد أن التغيير محق ومرتببط بالمشكلة كما يحدث مع تقدم التنفيذ خلال مراحل الإدراك ((اتخاذ ما يجب عمله)) والتنفيذ .

والتحدي الحقيقي للمدراء هو تحقيق الاحتضان للتغيير .

خصائص عملية التغيير والعوامل المؤثرة :

١- تتأثر عملية التغيير بالمثير للتغيير :

يحدث المثير للتغيير عندما يتم إدراك تناقض أو اختلاف بين ما تفعله المنظمة بالمقارنة مع ما يعتقد المشاركون في التنظيم ((العاملين وأصحاب المصالح والمتعاملين مع المنظمة)) عما يتوجب على المنظمة عمله . هذا التناقض يحدث فجوة أداء ويقدر ما تكون الفجوة واضحة وكبيرة بقدر ما تكون القوة المحركة للتغيير وتنفيذه .

٢- تسلسل مراحل التغيير وترابطها المنطقي والمنظم :

- مراحل التغيير متسلسلة بشكل منطقي ومنظم بحيث لا يمكن البدء بمرحلة لاحقة إلا إذا تحققت المراحل السابقة مما يجعل التنفيذ عرضة لاحتمالية عدم التقدم إلى المراحل اللاحقة من العملية

٣- الطبيعة التفاعلية لمراحل عملية التغيير :

بمعنى أن كل مرحلة لاحقة مشروطة ومعتمدة على سابقتها ((الاحتضان مشروط بالتنفيذ والتنفيذ مشروط باتخاذ قرار حول ما يجب عمله وهذا بدوره مشروط بإدراك الحاجة للتغيير)) .

٤- الطبيعة المعقدة والتفاعلية للعديد من العوامل المؤثرة على عملية التغيير :

- مرونة أو جمود البناء التنظيمي السائد .

- درجة المركزية والرسومية في الاتصالات والتنسيق .

- مدى تواجد الموارد المطلوبة للتغيير .

٥- عملية التغيير متجددة ومستمرة :

المنظمات الصحية تعمل ضمن بيئة متحركة (غير مستقرة) وهذا يجعل التغيير التنظيمي عملية مستمرة وتحتاج إلى تقويم مستمر

استراتيجيات التغيير :

هناك العديد من الاستراتيجيات والأساليب التي يمكن أن يستعملها المدراء الصحيون لتنفيذ التغيير في منظماتهم :

١- استراتيجيات إعادة التعلم reeducation .

٢- استراتيجيات الإقناع persuasion .

٣- استراتيجيات التيسير facilitative .

٤- استراتيجيات القسر ((القوة)) coercive .

١- استراتيجية إعادة التعلم :

- تعتمد على تقديم الحقائق والمعلومات بشكل موضوعي وبدون تحيز للعاملين في التنظيم .

- تفترض أن العاملين في المنظمة الصحية عقلانيون ويتصفون بالرشادة ومؤهلون لتقديم هذه الحقائق وقادرون على تعديل سلوكياتهم تبعاً لذلك .

- لا تقرر بشكل مسبق مساراً محدداً أو خطة عمل للمنظمة بل تستعمل كمصدر لتوليد النقاش والأفكار حول معالجة التضارب أو الفجوة بين ما تفعله المنظمة حالياً وما يتوجب عليها عمله ومن هذه الاستراتيجيات :

أ) استراتيجية التعليم المستمر continuous education :

تستعمل بشكل خاص للأطباء والمرضات حيث يستدعي المعدل المتسارع للتغيير في التكنولوجيا الطبية والتفجير المعرفي في مجال العلوم الطبية والصحية التركيز على التعليم المستمر كمدخل لتفعيل عملية التغيير .

- تقوم على افتراض أساسي أن العاملين عندما يكونوا على درجة عالية من التدريب ومواكبين للتطور التكنولوجي والمعرفي في مجال تخصصاتهم سيكونون على الأرجح قادرين على إدراك المشاكل في منظماتهم وتحديد الحلول لها مما ينعكس إيجابياً على الأداء التنظيمي

ب) استراتيجية التغذية الراجعة للدراسات المسحية ((استراتيجية المسوحات)) survey feedback :

- تستعمل كألية منظمة لجمع البيانات حول أنشطة وعمليات المنظمة .

- تفترض أنه يتعذر على المرء التدخل المباشر بالعمليات التنظيمية لذلك يمكن للمرء العمل مع أفراد محددين مباشرة ومساعدتهم على تغيير سلوكياتهم المرتبطة بالأداء غير الفعال في المنظمة

وبذلك يوفر هذا المدخل الفرصة للأفراد لفهم المشاكل الأساسية في المنظمة والبدء بحلها .

- الفكرة الأساسية هي البدء بعملية التغيير التنظيمي من خلال جمع البيانات حول أنشطة التنظيم باستعمال استقصاءات تفصيلية يتم توزيعها على العاملين ومن ثم يتم تغذية النتائج لمجموعات من الأفراد لإعطائهم فرصة لاستكشاف معاني ومضامين هذه النتائج والخلوص إلى استنتاجات والوصول إلى إجراءات تصحيحية . ثم جمع البيانات مرة أخرى بعد تطبيق الإجراء الصحيح ويعاد تقويمها لمعرفة أثر الإجراء التصحيحي ((التغيير)) .

♦♦ الوظيفة الأساسية للتغذية الراجعة هي : إظهار التناقض بين ما تفعله المنظمة وما يتوجب عليها فعله وجعل هذا التعارض واضحاً للمشاركين في المنظمة .

<<< تؤثر التغذية الراجعة على السلوك بطريقتين :

١- توليد الطاقة عند الأفراد وحفزهم للبدء باتخاذ إجراء تصحيحي لأنها تقدم للأفراد والجماعات في المنظمة معلومات تتعارض مع إدراكهم ومعتقداتهم .

مثال :

تعتقد قيادة الهيئة الطبية عادة بأن الأطباء يقدموا لمرضاهم خدمات رعاية طبية جيدة إلا أنه عند جمع البيانات عن مؤشرات جودة الرعاية في المنظمة الصحية كمعدل التهابات ما بعد الجراحة ومعدل الإقامة في المستشفى فقد نجد أن هذه المعدلات مرتفعة قياساً بالمعايير المقبولة مما يحفز قيادة الهيئة الطبية على التفكير باتخاذ إجراء تصحيحي .

٢- توجه التغذية الراجعة السلوك عندما يكون الفرد محفزاً :

هذا يعني أنه عند وجود التناقض بين الأداء الفعلي والأداء المرغوب تقدم التغذية الراجعة الأساس للخطط والبرامج لحل هذا التناقض ، وعند غياب هذه الخطط والبرامج فإن بيانات التغذية الراجعة تولد الشرارة اللازمة لبدء البحث عن خطط وبرامج قد يتم إقرارها واعتمادها لحل التعارض .

٢- استراتيجيات الإقناع :

- إحداث التغيير من خلال التحيز المقصود في تصميم وتقديم البيانات والمعلومات للأفراد فالتركيز هنا على بيع الفكرة المراد تبنيها والتي قد تركز على معلومات أساسية أو مبركة إضافة إلى التلاعب بالأفراد والتأثير على مواقفهم من خلال المناورة والسياسة .

- عادة ما تكون أكثر أهمية في المراحل الأولى لعملية التغيير .

- تركز معظم استراتيجيات الإقناع على مواقف الأفراد بهدف إقناعهم بالتغيير .

وهناك أساليب مختلفة للإقناع :

(أ) التقريب المتتابع successive approximation :

أسلوب يطور مقياس متدرج يعكس مدى اختلاف المواقف حول برنامج محدد والهدف هو تغيير مواقف الأفراد السلبية حول النواحي التي تكون عدم موافقتهم عليها ضئيلة

أو عن الحد الأدنى على أساس أن مع كل تغيير ضئيل سيكون هناك تغيير في الموقف الكلي للفرد . وهكذا فالتغيير البسيط سيؤدي إلى تغيير إضافي .

(ب) أسلوب التشابه analogy :

- يقوم هذا الأسلوب على استعمال موقف مشابه للموقف الإشكالي إلا أنه غير مرتبط به مباشرة .

مثال :

يعارض كثير من المهنيون الصحيون استعمال وتطبيق أساليب علم الإدارة (مثل بحوث العمليات) في المستشفيات وفي منظمات الرعاية الصحية عموماً نظراً للخصائص المميزة لهذه المنظمات إلا أنهم بنفس الوقت معجبين إلى حد كبير بالكفاءة المتخصصة في منظمات الأعمال والصناعة نتيجة لتطبيق تلك الأساليب وعند محاولة إقناع هؤلاء الأطباء باستعمال هذه الأساليب في بعض الأنشطة في المنظمة الصحية ستكون مهمة الإقناع أسهل إذا ما تم الحديث للأطباء بأن بحوث العمليات تستعمل في منظمات الصناعة والأعمال . وطالما أن الأطباء معجبين بنتائج الكفاءة المتخصصة لتلك المنظمات فإن التناقض الواضح بين هذين الموقفين للأطباء سينتج عنه تغيير في مواقفهم .

ج) أسلوب الضغوط الاجتماعية :

الجماعة تمارس ضغطاً كبيراً على أفرادها لضمان الانسجام والتناغم مع مواقف الجماعة ومعايير ونظام قيمها حتى لو كانت مواقف الجماعة غير صحيحة .

- بذلك يمكن توظيف هذه الحقيقة وتطبيقها مباشرة في منظمات الرعاية الصحية والتي تتصف معظم أنشطتها بأنها تقوم على فرق العمل أو مجموعات العمل

د) أسلوب تشتيت الذهن distraction :

عملية الإقناع تكون أسهل وأفضل عندما لا يكون الأفراد المراد إقناعهم واعين أو منتبهين بشكل مسبق لمحاولة الإقناع وعلى ذلك فإن التصميم الفعال لمحاولة الإقناع يجب أن يبدأ ببعض من تشتيت الذهن والانصراف إلى أنشطة غير مرتبطة بموضوع النقاش كأحداث المجاملات والأنشطة الاجتماعية وهذا يوفر ملائماً للتفاعل الإنساني .

٣- استراتيجيات التيسير :

- استراتيجية بناء الفريق .
- أسلوب تدريب الحساسية .
- أسلوب الاستشارة المتخصص .
- يقوم استعمال هذه الاستراتيجيات على أن المنظمات قد أدركت المشكلة وحددت خطة العلاج وأنها منفتحة للمساعدة الخارجية ولديها الرغبة للاعتماد على الجهود الذاتية للتغيير .

أ) استراتيجية بناء الفريق :

يعتبر أسلوب بناء الفريق مدخلاً لدعم الأداء الكلي لمجموعة العمل وقدرتها على تسهيل عملية التغيير ومشاركتها الفاعلية فيها . ويقدم هذا الأسلوب معلومات مفيدة للمجموعة لتمكينها من تشخيص المشاكل وتطوير خطط الحلول الممكنة حيث يركز هذا الأسلوب على تحديد المتغيرات الحاسمة وذات الأهمية لعمل المجموعة .

من فوائد هذا الأسلوب :

- زيادة إنتاجية العمل وخاصة فرق العمل .
- زيادة وضوح الدور المتوقع وتغيير سلوك الدور عند الحاجة .
- زيادة المرونة في عملية اتخاذ القرارات .
- توسيع قاعدة المشاركة في السلطة وتفعيل المشاركة بين أعضاء الفرق .

٤- استراتيجيات القوة :

تقوم هذه الاستراتيجيات على استعمال العقوبات والقسر لضمان تنفيذ التغيير وإذعان الفرد للتغيير .

- يعتمد نجاح هذه الاستراتيجيات على درجة اعتماد المنظمة على الفرد أو المنظمة التي تفرض هذه الاستراتيجيات لذا توفر البدائل لتحقيق أهداف المنظمة الصحية يقلل من فعاليتها .

- تستعمل عندما تفشل المنظمة أو إحدى الوحدات التنظيمية فيها في إدراك الفجوة الأدائية (ما تفعله وما يتوجب فعله) حيث تفشل في البدء بعملية التغيير المطلوب .

- يعاب عليها أنها لا تضمن القبول بالتغيير من المعنيين في المنظمة .

- وخير مثال على هذه الاستراتيجيات في منظمات الرعاية الصحية المعايير المفروضة من الجهات الخارجية التي تلزم المنظمات بالإذعان لها مثل معايير التعويض المالي ومعايير التدريب والتعليم ومراجعة استعمالية الموارد ومعايير الترخيص والاعتماد حيث أن الفضل في الإذعان والتقييد بهذه الأمور قد ينتج عنه أخطاء للمنظمة ... وربما اتخاذ إجراءات قانونية ضدها .

اختيار الاستراتيجية المناسبة :

الاختيار النهائي لنوع الاستراتيجية والأساليب التي يتضمنها كل منها يعتمد على عاملين هما :

١- نوع التغيير المطلوب .

٢- المرحلة المحددة في عملية التغيير .

<<< هناك علاقة قوية بين نوع الاستراتيجية ونوع التغيير :

♦♦ استراتيجيات إعادة التعليم واستراتيجيات الإقناع تعتبر الأكثر ملاءمة عند التفكير بإدخال التغييرات التكنولوجية (تغيير فني) التي تتطلب تغيير في الوسائل وليس الغايات .

♦♦ استراتيجيات القوة واستراتيجيات التيسير تعتبر الأكثر ملاءمة عندما تتطلب التغييرات إدخال تغيير على الغايات (الأهداف) أو على كلا الأهداف والوسائل (تغيير تكييفي).

- المنظمات تطبق استراتيجيات متعددة في نفس الوقت آخذة بعين الاعتبار مراحل عملية التغيير . حيث لا بد من التأكيد على فكرة التتابع في مراحل عملية التغيير وكذلك الاختلاف في المجموعات المستهدفة بالتغيير في المراحل المحددة للتغيير تجنباً لفضل استراتيجيات التغيير .

الفصل الثاني عشر

جدول رقم (32)

أنواع التغيير واستراتيجيات التغيير

نوع الاستراتيجية

أنواع التغيير	إعادة تعليم	إقناع	تسهيل	قوة
فني	نعم	نعم		
تعديل	نعم	نعم	نعم	
تكييف	نعم	نعم	نعم	نعم

♦♦♦ معوقات تنفيذ التغيير :

(١) طبيعة مهام الرعاية الطبية :

تتصف هذه المهام بالغموض وعدم الوضوح وعدم التيقن من النتائج مما يصعب من عملية تحديد أهداف قابلة للقياس بهذه المهام . ويزيد الصعوبة أكثر تعامل هذه المنظمات بقضايا تعود للموت والحياة والتي لا تحتمل الخطأ أو المخاطرة كما أن الأخطاء غير قابلة للإصلاح وتنطوي على تكلفة معنوية ومادية عالية .

- هذه الخصائص تحمل مضامين مهمة بالنسبة لتنفيذ التغيير التعديلي والتكيفي لأثرها المباشر على الأفراد المعنيين بإنتاج وتقديم الخدمة الطبية وهذا من شأنه تغيير الطريقة التي اعتاد عليها هؤلاء الأفراد في القيام بأعمالهم كما تؤثر على جودة الخدمات وكذلك فإن المنظمات الصحية تقوم بشكل مسبق بتقويم كفاءة التغيير المقترح فلا مجال للمخاطرة والمعلوم أن معظم التغيير التعديلي والتكيفي لم يتم اختياره مسبقا ولا يتوفر بينة أو دليل يدعم فعالية هذه التغييرات .

٢) طبيعة العناصر البشرية العاملة في منظمات الرعاية الصحية :

المهنيون الصحيون العاملون في المنظمة تحكم أداءهم الطبي مبادئ وأخلاقيات قوية كمبدأ عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم وعلى ذلك أي عمل يتضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرق جديدة غير مثبتة في الرعاية يمكن أن تنتج عن رفض أو أعضاء المهنة إضافة إلى المخاطرة القانونية التي قد تترتب على ذلك .

٣) طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم :

أو ما يعرف بالنموذج الطبي medical model والذي يتعارض مع معظم التغييرات التعديلية والتكيفية حيث لا يسمح هذا النموذج بالتدخل بالعلاقة المباشرة والخاصة بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر . وهذا يتعارض بشكل كامل مع منهج التطوير التنظيمي الذي يتبعه مستشارو التطوير التنظيمي حيث يحاولوا العمل على حل المشاكل بالتشاور الكامل مع المعنيين الرئيسيين في المنظمة وبالتالي فإن فشل استشاري التطوير التنظيمي للاستجابة لخصوصية النموذج الطبي وتوقعاته يقلل من مصداقية أخصائي التطوير التنظيمي من وجهة نظر هؤلاء المهنيين الصحيين .

٤) طبيعة البناء التنظيمي للمنظمات الصحية وتعقيده :

من حيث مفاهيم السلطة والقوة والسيطرة وتعدد الأقطاب مما يجعل من الصعب تحديد نقاط السلطة والتأثير داخل المنظمة وفي التغيير التعديلي والتكيفي لا بد من التركيز على الأفراد الرئيسيين في المنظمة وبمفهوم نقاط السلطة وهناك أيضا الكثير من خارج نقاط السلطة الرسمية يمتلكون قدر كبير من القوة والتأثير مثل الأطباء والفضل في استشارتهم يمكن أن يعرقل جهود التغيير .

٥) طبيعة التعليم والتدريب للمهنيين الصحيين :

تركز على الاستقلالية والفردية في اتخاذ القرارات مما يجعل من الصعب عليهم التكيف مع الأساليب التعاونية والتي تقوم على المشاركة والتي تميز جهود التغيير المخططة فالمنظمات الصحية لا يتوفر لها الخبرة الكافية فيما يتعلق بالتعاون والمشاركة في حل مشاكلها .

٦) تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات منظمات الرعاية الصحية والتي لا بد من التوفيق بين مصالحها وأهدافها وأهداف المنظمة :

تضع المنظمات الصحية أهمية واهتمام كبير لتمويل أنشطتها وضمان التدفق المالي لها من الخارج مما يجعل من الصعب عليها تبني تغييرات لا تضمن استمرار التدفق المالي من الجهات الخارجية وخاصة المستهلكة لخدمات المنظمة الصحية مثل شركات التأمين والضمان الصحي وأرباب العمل والحكومة

- أجب بصح أو خطأ:

- ١- التغيير في المنظمة إما ينص على الوسائل أو على الغايات أو على كليهما معاً (ص) (خ).
- ٢- التغيير التعديلي لا يحدث بشكل متكرر وعندما يحدث فإنه يتضمن تعديل جوهري في توجه المنظمة (ص) (خ).
- ٣- التكيف مصدر من مصادر التغيير ويشير إلى تطبيق حل تم تطويره خارج المنظمة دون أن تعدل عليه أو بعد إجراء تعديل طفيف عليه (ص) (خ).
- ٤- لا يتأثر إدراك المنظمة للحاجة للتغيير بما يمارس عليها من ضغوط خارجية وداخلية (ص) (خ).
- ٥- تحديد ما يجب عمله للتغيير يحدث على مستوى الإدارة العليا فقط (ص) (خ).
- ٦- تنفيذ التغيير يعني القبول النهائي به من قبل الأفراد (ص) (خ).
- ٧- يحدث الاحتضان عندما يدرك الأفراد أن التغيير محق ومرتببط بالمشكلة (ص) (خ).
- ٨- التحدي الحقيقي للمدراء هو تحقيق الاحتضان للتغيير (ص) (خ).
- ٩- فجوة الأداء هي المثير للتغيير (ص) (خ).
- ١٠- يمكن البدء بمرحلة لاحقة من مراحل التغيير إذا لم تتحقق بعض المراحل السابقة (ص) (خ).
- ١١- درجة المركزية والرسمية في الاتصالات والتنسيق لا تؤثر على عملية التغيير (ص) (خ).
- ١٢- المنظمات الصحية تعمل ضمن بيئة مستقرة وهذا يجعل التغيير التنظيمي عملية مستمرة وتحتاج إلى تقويم مستمر (ص) (خ).
- ١٣- استراتيجية المسوحات تستعمل بشكل خاص للأطباء والمرضات (ص) (خ).
- ١٤- استراتيجية التغذية الراجعة والمسوحات توفر الفرصة للأفراد لفهم المشاكل الأساسية في المنظمة والبدء بحلها (ص) (خ).
- ١٥- تقدم التغذية الراجعة للأفراد والجماعات في المنظمة معلومات تتعارض مع إدراكهم ومعتقداتهم (ص) (خ).
- ١٦- أسلوب التشابه يقوم هذا الأسلوب على استعمال موقف مشابه للموقف الإشكالي إلا أنه غير مرتبط به مباشرة (ص) (خ).
- ١٧- أسلوب الضغوط الاجتماعية يمكن توظيفه وتطبيقه مباشرة في منظمات الرعاية الصحية والتي تتصف معظم أنشطتها بأنها تقوم على فرق العمل أو مجموعات العمل (ص) (خ).
- ١٨- عملية الإقناع تكون أسهل وأفضل عندما لا يكون الأفراد المراد إقناعهم واعين أو منتبهين بشكل مسبق لمحاولة الإقناع (ص) (خ).
- ١٩- توفر البدائل لتحقيق أهداف المنظمة الصحية يقلل من فعالية استراتيجيات القوة (ص) (خ).
- ٢٠- استراتيجيات القوة تضمن القبول بالتغيير من المعنيين في المنظمة (ص) (خ).
- ٢١- المعايير المفروضة من الجهات الخارجية على منظمات الرعاية الصحية مثال لاستراتيجيات التيسير (ص) (خ).
- ٢٢- المنظمات تطبق استراتيجيات متعددة في نفس الوقت آخذة بعين الاعتبار مراحل عملية التغيير (ص) (خ).
- ٢٣- معظم التغيير التعديلي واللفني لم يتم اختياره مسبقاً ولا يتوفر بينة أو دليل يدعم فعالية هذه التغييرات (ص) (خ).
- ٢٤- النموذج الطبي يتعارض مع معظم التغييرات التعديلية والتكيفية حيث لا يسمح هذا النموذج بالتدخل بالعلاقة المباشرة والخاصة بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر (ص) (خ).
- ٢٥- طبيعة التعليم والتدريب للمهنيين الصحيين تركز على الاستقلالية والفرديّة في اتخاذ القرارات مما يجعل من الصعب عليهم التكيف مع الأساليب التعاونية (ص) (خ).

٢٦- من الصعب على المنظمات الصحية تبني تغييرات لا تضمن استمرار التدفق المالي من الجهات الخارجية (ص) (خ).

- اختر الإجابة الصحيحة مما يلي :

١- تغيير ينصب على أهداف المنظمة دون تغيير في الوسائل الجوهرية: ((تغيير فني / تغيير تعديلي / تغيير تكيفي)).

٢- تغيير ينص على الوسائل وليس الغايات: ((تغيير فني / تغيير تعديلي / تغيير تكيفي)).

٣- قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسيل الكلى في المستشفى مثال لـ: ((تغيير فني / تغيير تعديلي / تغيير تكيفي)).

٤- تتأثر هذه المرحلة من مراحل التغيير بخصائص البناء التنظيمي للمنظمة: ((إدراك المشكلة أو الحاجة للتغيير / تحديد ما يجب عمله / تنفيذ التغيير المطلوب / قبول التغيير)).

٥- لا تقرر بشكل مسبق مساراً محدداً أو خطة عمل للمنظمة بل تستعمل كمصدر لتوليد النقاش والأفكار حول معالجة الفجوة: ((استراتيجيات إعادة التعلم / استراتيجيات الإقناع / استراتيجيات التيسير / استراتيجيات القوة)).

٦- عادة ما تكون أكثر أهمية في المراحل الأولى لعملية التغيير: ((استراتيجيات إعادة التعلم / استراتيجيات الإقناع / استراتيجيات التيسير / استراتيجيات القوة)).

٧- إحداث التغيير من خلال التحيز المقصود في تصميم وتقديم البيانات والمعلومات للأفراد: ((استراتيجيات إعادة التعلم / استراتيجيات الإقناع / استراتيجيات التيسير / استراتيجيات القوة)).

٨- أسلوب إقناع الهدف منه تغيير مواقف الأفراد السلبية حول النواحي التي تكون عدم موافقتهم عليها ضئيلة: ((أسلوب التشابه / أسلوب الضغوط الاجتماعية / أسلوب التقريب المتتابع / أسلوب تشتيت الذهن)).

٩- أسلوب تدريب الحساسية يندرج تحت استراتيجية: ((استراتيجيات إعادة التعلم / استراتيجيات الإقناع / استراتيجيات التيسير / استراتيجيات القوة)).

١٠- يقوم استعمال هذه الافتراضيات على أن المنظمات قد أدركت المشكلة وحددت خطة العلاج وأنها منفتحة للمساعدة الخارجية ولديها الرغبة للاعتماد على الجهود الذاتية للتغيير: ((استراتيجيات إعادة التعلم / استراتيجيات الإقناع / استراتيجيات التيسير / استراتيجيات القوة)).

١١- يركز هذا الأسلوب على تحديد المتغيرات الحاسمة وذات الأهمية لعمل المجموعة: ((استراتيجية بناء الفريق / أسلوب تدريب الحساسية / أسلوب الاستشارة المتخصص / أسلوب التقريب المتتابع)).

١٢- معايير الترخيص والاعتماد لمنظمات الرعاية الصحية مثال لـ: ((استراتيجيات إعادة التعلم / استراتيجيات الإقناع / استراتيجيات التيسير / استراتيجيات القوة)).

١٣- عند التفكير بإدخال تغييرات فنية فالاستراتيجية الأنسب هي: ((استراتيجيات إعادة التعلم / استراتيجيات الإقناع / استراتيجيات التيسير / استراتيجيات القوة / أ+ب)).

١٤- عند التفكير بإدخال تغييرات تعديلية أو تكيفية فالاستراتيجية الأنسب هي: ((استراتيجيات التيسير / استراتيجيات القوة / استراتيجيات الإقناع / أ+ب)).

١٥- لا بد من التركيز على الأفراد الرئيسيين في المنظمة وبمفهوم نقاط السلطة في التغييرات: ((تغيير فني / تغيير تعديلي / تغيير تكيفي / أ+ب / ب+ج)).

- أكمل الفراغ فيما يلي :

١- التغيير في المنظمة الصحية ينصب إما على أو على أو على

٢- قرار المستشفى العام أو مستشفى المجتمع المحلي بتقديم خدمات صحية وقائية للمجتمع المحلي مثال على التغيير

٣- هناك ٣ مصادر للتغيير في المنظمات الصحية: ١- ٢- ٣-

- ٤- الحاجة للتغيير هي الفجوة المدركة بين و ما
- ٥- حدوث التبني للتغيير يتوقف على : ١- ٢- ٣-
- ٦- أول درجات التغيير في المواقف والسلوك و آخرها على خط تبني التغيير .
- ٧- يشير إلى تغيير في سلوك الفرد دافعه الحصول على مكافأة أو تجنب عقاب مما يدفع الفرد إلى التقيد بالتغيير .
- ٨- الفكرة الأساسية في استراتيجية هي البدء بعملية التغيير التنظيمي من خلال جمع البيانات حول أنشطة التنظيم باستعمال استقصاءات تفصيلية يتم توزيعها على العاملين .
- ٩- الوظيفة الأساسية للتغذية الراجعة هي.....
- ١٠- تؤثر التغذية الراجعة على السلوك بطريقتين : ١- ٢-
- ١١- يعتبر أسلوب مدخلاً لدعم الأداء الكلي لمجموعة العمل وقدرتها على تسهيل عملية التغيير ومشاركتها الفاعلية فيها.
- ١٢- من فوائد هذا الأسلوب زيادة المرونة في عملية اتخاذ القرارات.....
- ١٣- يعتمد نجاح هذه الاستراتيجيات على درجة اعتماد المنظمة على الفرد أو المنظمة التي تفرض هذه الاستراتيجيات.....
- ١٤- الاختيار النهائي لنوع الاستراتيجية والأساليب التي يتضمنها كل منها يعتمد على عاملين هما: ١- ٢-

- أجب عن الأسئلة التالية :

- ١- متى يقوم المدير بإدخال التغيير ؟
- ٢- ما هي مراحل عملية التغيير ؟
- ٣- وضح كيف ممكن تكون توقعات المهنيين عاملاً ضاعطاً على المنظمة لإدخال التغيير.
- ٤- اذكر بعض المؤشرات التي تساعد على التنبؤ بالتغيير الذي سيحدث في المنظمة.
- ٥- اذكر بعض العوامل المهمة في تحديد ما إذا كان البرنامج المقترح سيتحرك من مرحلة التحديد إلى مرحلة التنفيذ ضمن مراحل التغيير .
- ٦- تتأثر عملية التغيير بالعديد من العوامل اذكر أهمها.
- ٧- هناك العديد من الاستراتيجيات والأساليب التي يمكن أن يستعملها المدراء الصحيون لتنفيذ التغيير في منظماتهم عدد هذه الاستراتيجيات .
- ٨- اذكر بعض أساليب الإقناع.
- ٩- عرف النموذج الطبي وتأثيره على منهج التطوير التنظيمي.

